FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gustave BESNARD

Né à Barneville (Manche), le 8 septembre 1883
Ex-aide d'anatomie de l'Ecole de médecine de Caen
Ancien externe des hôpitaux de Paris
Ex-moniteur d'accouchements à la Clinique Baudelocque (Clinique de la Faculté)
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONSIDÉRATIONS

SUR

QUELQUES CAS DE SIALORRHÉE

Président : M. ROGER, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, Editeurs
15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

CONSIDÉRATIONS

SUR

Quelques cas de Sialorrhée

AVANT-PROPOS

Nous ne pouvons, au moment de terminer nos études médicales, ne pas être heureux de l'occasion qui s'offre à nous d'exprimer notre reconnaissance aux maîtres dont les conseils nous ont été si précieux.

A Caen, où nous commençâmes nos études, nous avons eu la bonne fortune de trouver pour guider notre inexpérience deux maîtres dont la science n'avait d'égale que le dévouement : nous avons nommé M. le Dr Auvray et M. le Dr Barette qu'une mort cruelle a arraché à l'affection de ses élèves. Nous devons aussi remercier M. le Dr Gidon, pro-

fesseur d'Anatomie, dont nous avons été le préparateur pendant l'année 1903-1904.

A Paris, nous avons retrouvé chez nos maîtres toute la bienveillance à laquelle deux années passées à l'école de Caen nous avaient habitué.

Nous tenons à témoigner notre gratitude à M. le Dr Nélaton et à M. le Dr Hirtz dans les services desquels s'est écoulée notre première année d'externat. A M. le Dr Siredey nous sommes heureux d'adresser l'expression de toute notre reconnaissance tant pour son enseignement que pour la bienveillance qu'il nous a toujours manifestée.

M. le professeur Pinard, après nous avoir accepté comme externe, nous a fait l'honneur de nous garder comme moniteur dans son service. Nous lui devons trop pour oublier jamais ce qu'il a fait pour nous et nous ne saurions trop le remercier de nous avoir ainsi permis de compléter nos connaissances obstétricales.

Notre dernière année d'externat a été partagée entre les services de M. le Dr Brocq qui fut pour nous un maître si dévoué en matière de dermatologie, et le service de M. le Dr Triboulet. M. le Dr Triboulet a droit à toute notre gratitude pour nous avoir permis de faire notre thèse dans son service et nous avoir conseillé dans le choix de notre sujet. Nous ne pouvons lui exprimer combien nous sommes heureux d'avoir passé sous sa direction les derniers mois de notre vie d'étudiant.

M. le professeur Roger nous a fait le grand hon-

neur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien nous permettre de l'en remercier.

Enfin que tous ceux, maîtres et camarades, qui, pendant nos études, nous ont manifesté de l'intérêt, soient assurés que nous conserverons toujours le souvenir de leurs bienveillants conseils ou de leur amitié.

INTRODUCTION

Le 2 juillet 1898 entrait à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Triboulet un petit malade, G.., Léon, âgé de neuf ans, dont l'observation a servi de point de départ à notre travail. Il s'agit d'un enfant n'ayant pas de passé pathologique notable puisqu'il n'a eu qu'une rougeole et une pneumonie, et qu'au cours de ces deux maladies il n'a point présenté d'hypersécrétion salivaire.

L'enfant toussait depuis deux semaines environ, lorsque deux jours avant son admission dans le service de M. Triboulet, il fut pris d'un grand frisson, sans point de côté, suivi de délire et de vomissements.

Ce qui frappa, à son entrée dans le service, c'était une sialorrhée abondante. Le petit malade avait continuellement l'écume aux lèvres sans que la quantité de salive écoulée ait pu être mesurée. Pendant deux jours environ il demeura dans cet état, rien ne permettant de faire un diagnostic précis. Puis, en même temps qu'apparaissaient les premiers symptômes d'un foyer de pneumonie, la sialorrhée disparut. Cette observation est intéressante, non seulement par cette salivation tout à fait remarquable, mais encore par la

tension de la courbe de la température qui oscilla pendant douze jours de 41 à 38 degrés et surtout par les crises diarrhéiques survenues aussitôt après la disparition de la sialorrhée et qui se produisirent fréquemment pendant un mois.

Bien que le ptyalisme au début des maladies aiguës ait été signalé par les anciens et considéré par eux comme un signe de gravité, nous n'avons pas trouvé d'observation analogue à celle de G... Léon (obs. VII). C'est donc sur cette seule observation que nous aurions à discuter pour savoir quelle a été la cause de cette sialorrhée, quel rapport peut exister entre la disparition de la sialorrhée et l'apparition des crises de diarrhée, quelle valeur il faut attribuer à cette salivation, pour savoir en particulier si ce ptyalisme rentre dans les phénomènes critiques qui ont joué dans la médecine ancienne un rôle prépondérant. Aussi, l'observation de G... Léon étant unique, avons-nous cru nécessaire de grouper à côté quelques autres cas de sialorrhée survenus à la fin des maladies aiguës.

A ces quelques rares observations, nous avons ajouté deux cas de sialorrhée sans stomatite survenus au cours de l'urémie. Ces observations, nous semble-t-il, sont utiles à notre sujet, au moins comme termes de comparaison. Ce qui nous a guidé en effet dans notre travail, c'est l'idée que l'on doit peut-être considérer certaines sialorrhées comme un des nombreux moyens employés par l'organisme pour résister à une infection ou à une auto-intoxication,

comme une réaction de l'organisme à cette infection ou à cette auto-intoxication.

La complexité de la question ne nous permet pas de commencer immédiatement la discussion des observations, et nous devons d'abord étudier sommairement la physiologie de la sécrétion salivaire et la pathogénie du ptyalisme en général pour appliquer plus tard ces données aux cas qui nous intéressent. Nous passerons ensuite en revue dans un court chapitre les sialorrhées nerveuses, dyspeptiques, les sialorrhées qui succèdent à l'absorption de mercure, de plomb, etc. etc., ou qui sont dues à l'ingestion d'un médicament quelconque. Puis nous rechercherons pas quel ensemble symptomatique se manifeste habituellement le ptyalisme et quelles erreurs il faut éviter pour arriver au diagnostic. Alors seulement nous pourrons, en comparant le cas de Gr... Léon aux autres observations que nous avons recueillies, essayer de répondre aux questions que nous nous sommes posées au début de ce chapitre.

CHAPITRE PREMIER

SALIVE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

Le produit de la sécrétion des diverses glandes salivaires se réunit dans la cavité buccale où il constitue la salive mixte. Chaque glande sécrète une salive qui a ses caractères spéciaux, mais, comme dans aucune observation de ptyalisme on n'a fait une étude spéciale de chaque salive en particulier, c'est la salive mixte qui nous intéresse. La densité est de 1004 à 1009. La réaction, comme la montre Ch. Robin (1), est nettement alcaline.

La quantité de salive sécrétée en vingt-quatre heures est très diversement appréciée. « Il est difficile, dit M. le professeur Roger (2), de mesurer avec exactitude la quantité de salive que sécrète un homme, on peut l'évaluer approximativement à 500 ou 600 gr. Ces chiffres ne représentent que des moyennes. Les variations quotidiennes sont considé-

1. Ch. Robin. *Leçons sur les humeurs normales et morbides du corps de l'homme*, 2e édition, 1874.

2. H. Roger. *La sécrétion salivaire* (*in Revue générale des sciences pures et appliquées*, 15 juillet 1907).

rables, et pour une bonne part sont en rapport avec la nature de l'alimentation.

Dans la salive des gens normaux, de nombreux auteurs ont signalé la présence du pneumocoque. La statistique bien connue de M. Netter donne des chiffres fort élevés. Par une technique nouvelle MM. Bezançon et Griffon sont arrivés à des chiffres bien supérieurs.

Les analyses de la salive chez l'homme sain diffèrent suivant les observateurs au point de vue de la quantité des diverses matières. Quoi qu'il en soit, la salive contient d'après Jacubowitsch 995,16 o/o, d'eau, les matières solides étant constituées par la ptyaline, l'urée, la mucine et les sels.

Si l'on analyse le liquide produit par l'hypersécrétion des glandes salivaires, on trouve entre sa composition et celle de la salive normale des différences notables. Nous ne parlons ici que de la salive mixte. Pour M. Monteil (1) cependant, c'est à l'hypersécrétion de la parotide qu'est due l'augmentation de quantité de salive.

Les sels de Ca Na MgK subissent dans la sialorrhée une certaine augmentation.

Pour Simon et Wright le sulfocyanure de potassium fait défaut. Pour Lehmann au contraire il est en plus grande quantité. Pour la ptyaline les trois auteurs ci-dessus l'ont trouvée diminuée.

---

1. H. Monteil. *Contribution à l'étude du liquide parotidien.* Thèse de Paris, 1906.

Enfin M. Gérard (1) a reconnu, en examinant la salive d'un épileptique atteint de sialorrhée, que le pouvoir amylolytique de cette salive était accru.

L'urée dont on trouve normalement des traces dans la salive peut y être très abondante, comme dans les cas de MM. Barié (2) et Renon (3).

Dans certaines observations on constate en outre des phénomènes de tendance au balancement de la teneur en urée entre la salive et l'urine qui sont fort intéressants au point de vue de la suppléance des fonctions rénales. Mais l'urée étant déchue de son ancienne importance dans la pathogénie de l'urémie il serait extrêmement instuctif de faire des recherches sur la toxicité comparée de l'urine et de la salive dans l'urémie ; la toxicité urinaire diminuant considérablement dans ce cas, comme l'a établi M. le professeur Bouchard ; celle de la salive augmente t-elle ? l'expérience n'a malheureusement pas été faite.

M. Boucheron (4) a signalé l'élimination d'acide urique par les glandes salivaires comme symptôme précoce chez un uricémique.

Diverses substances employées couramment passent dans la salive. Nous insistons sur ce fait, car certaines d'entre elles peuvent causer de la sia-

---

1. Gérard. Société de Biol., 27 nov. 1897.

2. Barié. *De la stomatite urémique.* (*Archives générales de médecine*, 1889, t. II, p. 415.)

3. Renon. *De la sialorrhée intermittente au cours de l'urémie lente.* (*Bull. Société, méd. des hôp.*, 27 mai 1898.)

4. Boucheron. Société de Biologie, mai 1896.

lorrhée et donner lieu à des erreurs d'interprétation.

Si nous nous en rapportons aux recherches de M. Binet (1), nous voyons que le chlorate de potasse s'élimine très rapidement par la salive.

Cl. Bernard a constaté depuis longtemps le passage facile de l'iode dans la salive des chiens. Rabuteau a reconnu dans la salive le passage des bromures et des iodures.

D'après M. Binet (2) M. Pouchet n'a pu constater le passage de l'arsenic dans la salive. Griffish a observé un cas de salivation à la suite de frictions, par le tartre stibié. Mais on ne sait pas si l'antimoine passe dans la salive.

Le plomb peut être décelé en très faible quantité dans la salive des saturnins.

Gmelin a trouvé des traces de mercure dans la salive des syphilitiques traités par les frictions ; Rosbach a obtenu les mêmes résultats.

L'examen bactériologique de la salive serait, en cas de ptyalisme, des plus complexes, mais nous ne croyons pas que l'on ait fait de recherches sur ce point spécial.

---

1. Binet. *Sueur et salive dans leur rapport avec l'élimination.* Thèse de Paris, 1884.
2. Binet, *loc. cit.*

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE

La salive est un liquide complexe, sécrété par les glandes salivaires sous l'action du système nerveux, comme le démontrèrent les expériences de Ludwig, qui ruina les anciennes théories. La production de la salive était autrefois attribuée simplement un excès de pression dans les vaisseaux.

Dans ce court exposé du mécanisme de la sécrétion salivaire sous l'influence du système nerveux nous croyons que le plus simple est de suivre l'ordre historique.

Dans une première période, Ludwig, en 1851, montre que la section du nerf lingual centripète arrête la sécrétion, et que la galvanisation du bout périphérique la fait reparaître.

En 1852 Cl. Bernard montre que cette action du lingual n'est qu'apparente et qu'elle appartient en réalité à des fibres centrifuges anastomotiques contenues dans ce nerf. L'arc nerveux qui préside au reflexe salivaire peut donc se résumer ainsi : une

impression produite sur la muqueuse est transmise au centre bulbaire par les fibres du lingual et réfléchie sur la corde.

Dans une deuxième période Cl. Bernard admet que l'action exercée sur les éléments glandulaires par la corde du tympan n'est que la conséquence de l'action de ce nerf sur les vaisseaux de la glande.

Mais bientôt, dans une troisième période, Ludwig par de nouvelles recherches établit l'indépendance des effets nerveux sécrétoires par rapport aux effets nerveux vasculaires. En effet, après la ligature des deux carotides ou même sur une tête séparée du tronc, il montre que l'excitation de la corde du tympan produit encore la sécrétion bien que le sang n'arrive plus à la glande.

Heidenhain est encore venu confirmer cette manière de voir. Il empoisonne un chien par le sulfate d'atropine et électrise la corde du tympan. Les effets vasculaires habituels sont produits. Cependant aucune salivation n'a lieu bien que les vaisseaux se dilatent, c'est que l'atropine paralyse les fibres sécrétoires alors qu'elle laisse intactes les fibres vasodilatatrices.

Ce que nous venons de dire de la sécrétion de la glande sous-maxillaire, s'applique aussi à la sublinguale.

La sécrétion parotidienne est moins bien connue, d'après Heidenhain les phénomènes nerveux seraient du même ordre.

Le centre de la sécrétion salivaire est dans la bulbe

au niveau du noyau du facial et du glosso-pharyngien, et c'est là aussi que les fibres sympathiques ont leur centre. En effet, une piqûre du plancher du quatrième ventricule détermine, avec de la glycosurie, de la sialorrhée.

M. le professeur Roger (1) a étudié les divers réflexes qui mettent ordinairement en jeu la sécrétion salivaire, et il en a précisé la signification. Nous résumons ses principales conclusions.

La vue ou l'odeur des aliments, le dépôt sur la muqueuse buccale de substances sapides provoquent immédiatement un écoulement de salive : c'est le flux alimentaire. Si l'on dépose sur la muqueuse buccale un corps irritant, une abondante sécrétion se produira qui diluera les substances nuisibles, en atténuera les effets, en facilitera l'expulsion : c'est le flux protecteur.

Si l'on suppose maintenant qu'un corps étranger un peu volumineux, un bol alimentaire par exemple, soit arrêté dans l'œsophage, on voit encore intervenir la sécrétion salivaire. Un réflexe se produit, réflexe œsophago-salivaire qui a pour point de départ la muqueuse œsophagienne et pour voie de conduction les nerfs pneumogastriques. La salive ainsi sécrétée en abondance excite le pharynx et provoque des mouvements de déglutition. Ces mouvements de déglutition se propagent sous forme d'ondes à toute l'étendue de l'œsophage. On peut, dans ce cas, en

1. H. Roger, *loc. cit.*

tenant compte de l'effet final, considérer le flux salivaire ainsi produit comme un flux excito-sécréteur.

Ce réflexe œsophago-salivaire a été également étudié par M. Carnot (1).

D'après H. Roger (2), la salive peut encore intervenir pour combattre, par son alcalinité, l'hyperacidité du suc gastrique. La sécrétion est encore mise en jeu par un réflexe, réflexe gastro-salivaire, prenant naissance dans l'estomac et suivant la voie du pneumogastrique. Dans ce cas le flux salivaire agit chimiquement, il est un flux alcalinisant.

Nous devons enfin signaler que la sécrétion salivaire peut être due à l'action de diverses substances circulant dans le sang, telles que : le camphre, le curare, la pilocarpine, le chloroforme, les sels de mercure, etc., etc.

---

1. Carnot. *Réflexe œsophago-salivaire et réflexe œsophago-lacrymal.* (*La Presse médicale*, 24 décembre 1904.)
2. H. Roger, *loc. cit.*

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La sialorrhée due à une infection générale de l'organisme comme celle dont nous rapportons des observations ; pas plus que la sialorrhée dans l'urémie sans stomatite n'ayant été étudiée au point de vue anatomo-pathologique, nous croyons utile, en l'absence d'autres documents, de donner les résultats obtenus expérimentalement et aussi le résumé des recherches de MM. Klippel et Lefas.

Les travaux des histologistes, notamment de Lawdowski, Heidenhain, Ranvier et Langley ont montré les modifications des glandes salivaires produites par l'excitation physiologique et que l'on peut résumer ainsi : d'une façon générale les glandes sont molles, pâles, plus légères qu'à l'état normal. Le microscope montre que le protoplasma cellulaire prend plus vivement le carmin ; inversement le noyau se colore moins fortement. Les contours des cellules sont troubles, mal définis. En même temps les cellules s'affaissent et la lumière de l'acinus paraît ainsi élargie.

Quant aux granulations que l'on peut constater dans le protoplasma des cellules de la glande au repos, elles se comportent différemment suivant le groupe glandulaire examiné : dans la sous-maxillaire et la sublinguale, de basales ces granulations se répandent dans toute l'étendue du protoplasma, en même temps que les croissants de Gianuzzi augmentent de volume. Dans la parotide, les granulations qui étaient auparavant réparties dans toute l'étendue de la cellule disparaissent de la partie basale.

Si les excitations se répètent et se prolongent, si surtout le sympathique est excité, une partie des cellules précédentes desquame ou encore subit la dégénérescence granulo-graisseuse.

MM. Klippel et Lefas (1) ont étudié les glandes salivaires d'un tabétique. Une quinzaine d'années après le début de la maladie apparut une salivation abondante et presque constante. Cet état dura quelques années. Le malade finit par succomber avec des troubles de la déglutition liés à une paralysie du voile du palais.

Nous allons résumer simplement les constatations faites par MM. Klippel et Lefas. Les canaux excréteurs des glandes sont encombrés de cellules qui, pour la plupart, sont des leucocytes. D'une façon

---

1. Klippel et Lefas. *Des altérations des glandes salivaires dans la sialorrhée des tabétiques.* (*Bull. de la Soc. de Biologie*, 1897, p. 143.

générale les canaux excréteurs sont d'autant plus malades qu'ils sont d'un calibre plus considérable.

Il existe une congestion énorme occupant les gros et petits vaisseaux.

Les cloisons qui séparent les lobules sont épaissies. A un fort grossissement on constate dans les points les plus colorés de la préparation un envahissement à la fois des cloisons et des acini par de nombreux leucocytes rassemblés sous la forme de foyers inflammatoires.

Les cellules salivaires sont augmentées de nombre, plus petites que normalement. Ces cellules sont très riches en noyaux, avec souvent des limites peu visibles, fusionnées et granuleuses.

On ne trouve pas dans la glande sous-maxillaire les lésions qui ont été signalées dans la parotide ; on remarque une grande irrégularité dans l'activité des différents acini. Les cloisons ne sont pas épaissies, mais dans les points avoisinants les conduits excréteurs il y a épaississement.

En outre, on trouve disséminés dans la préparation quelques acini présentant une netteté tout à fait exceptionnelle, remplis de cellules claires et à peines granuleuses ; ces cellules sont très grandes et fusionnées.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Alors qu'aucune lésion buccale n'explique la sialorrhée, quelle est donc la genèse de ces hypersécrétions des glandes salivaires observées dans les maladies infectieuses ou dans l'urémie ?

MM. Klippel et Lefas (1) estiment que les infections agissent à la manière des intoxications pour produire la sialorrhée, c'est-à-dire que ce sont les toxines microbiennes qui sont en cause lorsqu'il s'agit de l'hypersécrétion infectieuse. Etudions donc comment peuvent agir les toxiques. En nous basant sur la similitude d'action nous essayerons ensuite de conclure en ce qui concerne les toxines.

Les substances toxiques agissent de deux façons pour provoquer l'hyperfonction des glandes salivaires : ou bien leur action porte sur le système nerveux en excitant le centre salivaire et la corde

1. Klippel et Lefas. *De la sialorrhée* (*in Gazette des hôpitaux*, 1897).

du tympan ; ou bien cette action peut se faire directement, sur les cellules des glandes dont la fonction est mise directement en activité.

Cette action sur le parenchyme glandulaire a été très nettement démontrée par les expériences des physiologistes en ce qui concerne une substance toxique très active, extraite de champignons vénéneux : la muscarine. D'une part, après avoir supprimé, par la section des nerfs, toute communication entre les glandes et le système nerveux central, si l'on injecte la substance toxique dans l'organisme la sialorrhée se produit ; d'autre part le résultat est le même si l'on injecte directement la muscarine dans les artères qui se rendent à la glande. Dans ces conditions, ni le centre salivaire ni la corde du tympan ne sont en cause et l'action du toxique se résume dans les modifications apportées par lui au niveau même du parenchyme glandulaire.

Connaissant ainsi ces deux moyens d'action différents des substances toxiques, nous pouvons leur comparer les toxines et les poisons fabriqués par l'organisme lui-même.

Dans l'urémie nous devons d'abord éliminer toute cause locale. Il ne s'agit pas seulement des stomatites. En effet l'action sur le système nerveux central peut se produire encore par voie réflexe alors que le tube digestif supérieur est intact et qu'il n'existe que des accidents gastro-intestinaux.

Ces faits mis à part, le poison urémique peut,

d'après M. Montier (1), agir soit en portant directement son action sur le système nerveux central, soit en agissant comme la muscarine sur le parenchyme glandulaire.

Il est intéressant à ce propos de rappeler les expériences du professeur Bouchard. Celui-ci, étudiant les poisons urinaires, causes de l'urémie, parvint à les isoler. Il les ramena au nombre de sept. Il les étudia ensuite méthodiquement en procédant par injections intra-veineuses. De ces sept poisons ayant tous des propriétés physiologiques spéciales, deux sont particulièrement intéressants. Le premier est diurétique : c'est l'urée ; le second est sialogène et a un degré considérable, autant peut-être et même plus que le jaborandi. Ce poison ne serait pas étranger à la production de la sialorrhée excessive notée dans plusieurs cas d'urémie.

Bien que nous ignorions l'agent pathogène des oreillons, le caractère infectieux de cette maladie ne peut faire de doute. Ce n'est cependant pas l'action des toxines qui est invoquée par MM. Simon et Prautois (2) pour expliquer la sialorrhée qu'ils ont observée (obs. IV). Ils attribuent l'hypersécrétion à un réflexe dû à l'excitation des terminaisons nerveuses de la parotide. Le Dr Cazenave de la Roche (3)

1. G. Montier. *De la sialorrhée urémique*. Thèse de Paris, 1898.

2. P. Simon et Prautois. *Des troubles de la sécrétion salivaire dans les oreillons* (*in Revue générale de clinique et thérapeutique*, 1892, p. 226).

3. Cazenave de la Roche, *in Revue générale de clinique et thérapeutique*, 1892, p. 301.

estime que dans les cas observés par lui, la sialorrhée était due à un reflexe ayant pour point de départ un exanthème de la muqueuse buccale.

Le cas de sialorrhée survenu à la fin d'une grippe (obs. V) est dû, pour M. Triboulet, à l'action des toxines sur le centre bulbaire.

Mais les toxines ne sont pas les seuls éléments qui peuvent occasionner le ptyalisme. Les microbes eux-mêmes ne peuvent-ils pas passer en grande quantité dans la salive et causer le ptyalisme? M. le professeur Bouchard a en effet émis l'hypothèse qu'il se produisait au déclin des maladies infectieuses une décharge bactérienne au niveau des glandes salivaires. Cette hypothèse manque malheureusement de confirmation expérimentale.

Le problème de la pathogénie de la sialorrhée est encore compliqué par les propriétés physiologiques du ganglion nerveux sous-maxillaire que C. Bernard a le premier considéré comme un centre indépendant, centre modérateur de la sécrétion sous-maxillaire. « Doit-on dans ce cas, écrit M. Letulle (1), admettre que sous certaines influences encore inconnues, le ganglion sous-maxillaire et les renflements nerveux ganglionnaires qui accompagnent les nerfs salivaires des autres glandes se trouvent frappés d'atonie fonctionnelle et laissent aux filets sécréteurs salivaires contenus dans le facial une liberté

---

1. Letulle. Article *salive* (*in nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*).

d'action dont les centres bulbaires abusent sans aucune retenue ? Autant de théories dont le développement nous semblerait parfaitement inutile puisque la base physiologique fait complètement défaut. »

CHAPITRE V

DE LA SIALORRHÉE EN GÉNÉRAL

Les anciens auteurs ignorant les relations qui existent entre certains cas de ptyalisme et les maladies du système nerveux, avaient admis l'existence d'une sialorrhée essentielle. Tanquerelle des Planches (1) en signale plusieurs cas.

Il semble plus logique à MM. Klippel et Lefas (2), dans l'état actuel de nos connaissances, de conserver sous le nom de névrose salivaire une affection indépendante caractérisée par une grande prédominance de signes salivaires.

Dans l'épilepsie il peut exister une véritable sialorrhée. M. Féré (3) en a rapporté une observation. De même l'hypersécrétion salivaire au cours de l'hystérie est un fait connu depuis longtemps.

Le goitre exophtalmique et le myxœdème s'accompagnent quelquefois de salivation.

---

1. Tanquerelle des Planches. *Recherches cliniques sur la sialorrhée* (*in Journal de médecine*, juin et juillet 1844).

2. Klippel et Lefas, *loc. cit.*

3. Ch. Féré. *Note sur un cas de sialorrhée épileptique.* (*in Bulletin de Société de Biologie*, 17 mars 1894).

Suivant les constatations de Vulpian la sialorrhée peut s'observer dans la paralysie agitante.

La paralysie labio-glasso-laryngée de Duchenne de Boulogne est l'affection dans laquelle l'hypersalivation a été le plus souvent signalée. L'atrophie musculaire myélopathique, débutant par les membres, la sclérose latérale amyotrophique, certaines polyomyélites, le tabes se propagent souvent au bulbe donnant ainsi lieu à des symptômes nouveaux relevant de cette localisation nouvelle.

Il suffit de rappeler qu'à l'état normal le souvenir d'une sensation gustative entraîne la salivation pour démontrer l'importance de l'action du cerveau dans le ptyalisme. Aussi voit-on des lésions localisées de l'écorce entraîner la sialorrhée.

La paralysie générale est, suivant M. Féré (1), susceptible de s'accompagner de salivation exagérée.

Dans la manie aiguë, dans l'idiotie, la démence, on observe des cas de ptyalisme.

Parmi les maladies des nerfs périphériques qui causent la sialorrhée, viennent en première ligne les névralgies intenses et tout particulièrement le tic douloureux de la face.

Au cours des diverses stomatites, la salivation est la règle et le liquide rendu est souvent alors d'une fétidité très accusée.

---

1. Féré. *Note sur un cas de sialorrhée paroxystique dans la paralysie générale* (*in Bull. de la Société de Biologie*, 9 mai 1891).

Plus intéressante est la sialorrhée due aux états dyspeptiques. Un ensemble symptomatique fréquent, d'après M. Mathieu, consiste dans l'hyperchlorhydrie associée à des douleurs gastriques et à l'hypersécrétion salivaire, cette dernière survenant l'après-midi vers 4 ou 5 heures alors que les douleurs n'existent plus.

Chez les individus, et en particulier chez les enfants, porteurs de ténias ou autres parasites intestinaux, le ptyalisme n'est pas rare.

Au cours de la grossesse le ptyalisme peut être plus ou moins marqué. Pour Tarnier l'apparition du ptyalisme chez une femme jeune et bien portante doit faire soupçonner la grossesse.

Dans l'urémie, même sans lésion buccale, il peut survenir de la sialorrhée comme MM. Renon et Montier en ont rapporté des observations. Il s'agit là d'une auto-intoxication, les poisons formés dans l'économie elle-même pouvant devenir sialogènes.

Dans les intoxications, les cas de ptyalisme sont bien connus. Le mercure, les iodiques, la digitaline, le jaborandi, son alcoloïde, la pilocarpine, la muscarine sont les principaux sialagogues.

J. Franck a observé la sialorrhée à la fin de la pneumonie. M. Triboulet en a observé un cas au début de cette affection.

A la fin d'une grippe M. Triboulet a vu également survenir de la sialorrhée.

Salland (1), MM. Simon et Prautois (2) ont rapporté des cas de ptyalisme dans les oreillons.

Otto de Copenhague a souvent observé un flux salivaire dans les derniers stades de la fièvre typhoïde.

Sydenham déclare qu'il n'était pas très rare que la dysenterie se terminât par la salivation. Le même auteur ajoute que la salivation terminait assez souvent la fièvre putride ou continue de 1666-1667. Cette salivation était toujours une crise salutaire.

Hoffmann mentionne des salivations périodiques qui succèdent à la goutte rétrocédée.

D'après Tanquerelle des Planches (3), Forestus et Bohnius ont vu la salivation spontanée terminer la fièvre double et la fièvre quarte. J. de Muynck (4) a vu également la sialorrhée terminer une fièvre quarte rebelle à tout traitement.

---

1. Salland. *Des oreillons, de leur nature et de leur soi-disant métastases*. Thèse de Montpellier, 1868.

2. Simon et Prautois, *loc. cit*.

3. Tanquerelle des Planches, *loc. cit.*

4. J. de Muynck. *Lettre sur le ptyalisme curatif* (*in Annales de la Société de médecine de Gand*, 1842, p. 12).

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE

Suivant l'intensité de l'hyperémie salivaire, suivant sa durée, suivant l'affection causale, les aspects que peuvent présenter les sujets atteints de ptyalisme sont des plus variables. Nous ne pouvons donc que passer simplement en revue les symptômes différents que l'on y observe.

Quelquefois la sécrétion est peu augmentée, ne nécessitant, au début tout au moins, que des déglutitions répétées. Puis bientôt, par suite de la fatigue ou de la douleur, le malade en est réduit à ne plus avaler sa salive.

Pendant un certain temps, par des expuitions ou des sputations fréquentes, il peut encore s'en débarrasser ; mais si cette sécrétion s'accuse et persiste, si la fatigue ou la douleur s'accroissent, si le malade est trop affaibli, on voit bientôt la salive s'écouler des lèvres entr'ouvertes. Il arrive même que le malade ne tente plus le moindre effort de déglutition.

L'hypersécrétion peut se produire la nuit comme le jour, et l'écoulement hors de la bouche est alors

plus considérable, les mouvements de déglutition étant moins fréquents pendant le sommeil.

Parfois enfin on a vu le malade tenu dans l'insomnie par un besoin incessant de cracher. La salive qui s'accumulait dans la bouche pendant le sommeil pénétrait dans les voies aériennes et déterminait de la toux et de la suffocation.

Tanquerelle des Planches (1) et d'autres auteurs signalent d'autre part des malades chez lesquels la sialorrhée se supprime pendant la nuit. Plus curieuse encore est l'observation de M. Renon (obs. I). Il s'agit d'un malade atteint de sialorrhée qui ne se produit que dans l'action. Au repos, au lit, dans la situation assise, il n'existe aucune sécrétion salivaire anormale. Au contraire, pendant la marche, aussi bien dans l'appartement que dans la rue la salivation devient de suite très abondante.

Le ptyalisme peut être continu. C'est ce qui s'observe dans un grand nombre de cas. Dans d'autres, au contraire, il est intermittent. Il survient alors par accès durant de quelques minutes à plusieurs heures. Les accès peuvent survenir plusieurs fois par jour, se répéter plusieurs jours, plusieurs semaines de suite ou ne se produire que par intermittences plus ou moins éloignées ; parfois la sialorrhée étant continue peut présenter des paroxysmes intermittents.

---

1. Tanquerelle des Planches, *loc. cit.*

La quantité de liquide qui s'écoule ainsi chaque jour peut être considérable. On a fréquemment noté les chiffres de 2 à 3 kilogrammes par vingt-quatre heures. Les quantités extrêmes ont atteint 7 et même 8 livres, ce qui est considérable et explique bien l'affaiblissement des malades. Encore faut-il tenir compte dans le plus grand nombre des cas de la quantité de salive inévitablement déglutie.

La densité du liquide, produit par l'hyperémie des glandes salivaires paraît être toujours diminuée.

La réaction de ce liquide a donné lieu à plus de discussions. La salive est le plus souvent alcaline, l'acidité est exceptionnelle. Mitscherlisch la signale. Tanquerelle des Planches (1) ne l'a jamais observée. C'est également l'opinion de H. Monteil (2). Nous avons déjà vu d'ailleurs que l'acidité s'observait en dehors de toute hypersécrétion. Cette réaction a surtout été signalée dans certaines maladies comme le diabète et la fièvre typhoïde. Mais Ch. Robin (3) attribue l'acidité non pas à la salive, mais au liquide fourni par la membrane muqueuse de la bouche.

Rappelons également que pour Klippel et Lefas (4) et H. Monteil (5), la plus grande partie de la salive ainsi rendue provient de la parodite. C'est pourquoi

---

1. Tanquerelle des Planches, *loc. cit.*
2. H. Monteil, *loc. cit.*
3. Ch. Robin, *loc. cit.*
4. Klippel et Lefas, *loc. cit.*
5. H. Monteil, *loc. cit.*

elle est aqueuse, claire et fluide, contrairement à la salive sous-maxillaire et sublinguale.

Dans les observations que nous rapportons et dans lesquelles la sialorrhée ne s'accompagne point de stomatite, la salive ne présente aucune odeur. Il n'en est pas de même lorsqu'une lésion atteint l'intégrité de la muqueuse buccale. Très souvent alors le liquide prend une odeur fétide, repoussante.

Les sensations éprouvées par les sujets sont de même fort différentes suivant les cas. Le sujet se plaint d'avoir la bouche constamment pleine de salive. D'autre part le malade peut éprouver une sensation de salive rapide. Il trouve alors au liquide qui inonde ses papilles gustatives un goût sucré, salé. Il est loin d'en être toujours ainsi et dans nos observations les malades n'ont accusé aucune de ces sensations.

Au contraire, dans le ptyalisme dû à une lésion buccale le malade croit sentir dans sa bouche une odeur fétide de paille pourrie, de gangrène. A l'épuisement qui résulte inévitablement d'une hypersécrétion considérable, s'ajoutent encore un dégoût, un état nauséeux persistant.

Il est une autre sensation que nous ne trouvons accusée par aucun des malades dont nous apportons l'observation. Tanquerelle des Planches (1) est d'ailleurs, à notre connaissance, le seul auteur qui l'ait signalée. « Deux de mes malades, dit-il, éprou-

1. Tanquerelle des Planches, *loc. cit.*

vaient un espèce de frémissement ondulatoire qui suivait exactement le trajet du conduit de Stenon. Cette sensation coïncidait toujours avec l'arrivée de la salive en grande quantité dans la bouche. » Un sujet comparait ce frémissement à la sensation que produiraient les mouvements d'une grande quantité de fourmis. D'autres fois les malades sentent simplement un liquide parcourir la direction du conduit de Stenon.

Le ruissellement continu de la salive sur les joues, sur le menton peut déterminer au bout d'un certain temps un érythème analogue à celui que produit l'écoulement de sérosité nasale dans le coryza. Dans trois cas d'hyperémie salivaire observés au ours des oreillons par le Dr Cazenave de la Roche (1), cet auteur a constaté un sillon érosif à la commissure labiale. Il attribue ce fait à l'action irritante du chlorure de sodium dont Lombard (de Genève) a signalé l'excès dans la salive de sujets atteints d'oreillons.

Une conséquence plus grave de la perte considérable de salive est l'épuisement profond qu'éprouve bientôt le malade. Cet épuisement n'est pas en effet uniquement dû à la fatigue causée par les mouvements de déglutition répétés à de trop fréquents intervalles, à l'insomnie invincible quand la salivation persiste la nuit, au dégoût et à l'état nauséeux qu'éprouvent fatalement les sujets atteints de sialorrhée fétide, il reconnaît encore pour cause l'abon-

1. Cazenave de la Roche, *loc. cit.*

dance même de la perte de salive. Bientôt l'organisme tout entier souffre non seulement de cette perte trop grande de principes nécessaires à l'équilibre fonctionnel du corps mais encore, dans certains cas, de la suppression presque complète d'un liquide récrémentitiel dont le rôle physiologique, si restreint qu'il soit, n'en est pas moins utile.

C'est là l'opinion de M. Letulle (1) qui cite le cas de Wright. Au cours de ses recherches sur la salive entreprises sur lui-même, Wright perdit jusqu'à 11 livres de son poids après s'être soumis à une salivation prolongée pendant une semaine.

J. de Muynck (2) est d'un avis opposé. « On ne doit pas craindre que la sputation fréquente dessèche le corps des malades et qu'elle les fasse tomber dans la consomption, comme l'a pensé Boerhaave qui conseillait aux mélancoliques d'avaler leur salive plutôt que de la rejeter. Car d'après l'observation judicieuse de Piguer, les malades qui avalent cette salive deviennent sujets aux langueurs d'estomac, aux pesanteurs, aux défaillances, aux vertiges. »

Ces troubles de la sécrétion salivaire retentissent sur les diverses sécrétions, sécrétion urinaire et sudorale surtout qui sont diminuées. Les sécrétions intestinales, pancréatiques, gastriques sont également influencées. On voit apparaître des troubles dyspeptiques que certains auteurs attribuent à la

---

1. Letulle, *loc. cit.*
2. 1. J. de Muynck, *loc. cit.*

sialorrhée en montrant que l'estomac embarrassé par la quantité considérable de salive qu'il reçoit ne produit que peu de suc gastrique. Et M. André (1) explique ainsi l'amaigrissement de Wright dont nous avons rapporté l'observation plus haut.

---

1. André. *De la sialorrhée.* Thèse de Paris, 1898.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

La sialorrhée est le plus souvent d'un diagnostic aisé. Les sensations accusées par le malade qui se plaint d'avoir continuellement la bouche pleine de salive, la quantité considérable de liquide qui s'écoule hors de la bouche, l'aspect même de cet écoulement ne laissent pas souvent place au doute.

Quelques erreurs cependant peuvent se produire et il convient de savoir les éviter. Il ne faut pas toujours croire à l'existence d'un ptyalisme avant de s'être assuré que la salive a été sécrétée en plus grande abondance que normalement. Il ne faut point en effet confondre avec une sialorrhée peu accentuée la salivation que l'on observe chez les malades très affaiblis, incapables de déglutir, ou qui, dormant demi-assis, la tête penchée et la bouche entr'ouverte, laissent écouler une partie de leur salive.

Nous retrouverons donc ce même symptôme dans toutes les affections où la déglutition est difficile ou impossible. On sait combien dans une amygdalite

aiguë, bien capable il est vrai de causer le ptyalisme, la déglutition peut devenir douloureuse. La salive s'accumule dans la cavité buccale et si la douleur est trop vive ou si le malade s'endort, elle s'écoule continuellement par les commissures labiales ou cause un crachotement continu.

Il en est de même dans la paralysie glosso-labio-laryngée où l'on peut voir toute la salive s'échapper hors de la cavité buccale, complétant ainsi le triste tableau réalisé par ces malades. Le ruissellement continu de la salive s'explique par la paralysie des lèvres, par la déglutition défectueuse qui laisse accumuler la salive dans la cavité buccale. Mais il peut aussi, dans d'autres cas, s'expliquer par des lésions du centre salivaire du quatrième ventricule. Il s'agit alors d'une véritable sialorrhée.

Il est un autre diagnostic différentiel posé par Tanquerelle des Planches (1). Cet auteur distingue la sialorrhée de la pharyngorrhée. Dans aucun des traités de médecine récents, nous n'avons retrouvé ce terme de pharyngorrhée. Littré n'en fait pas mention dans son dictionnaire. Nous ne pouvons donc que reproduire le passage relatif au diagnostic : « On peut confondre la sialorrhée avec la pharyngorrhée ou les flux muqueux que produit quelquefois la membrane muqueuse bucco-pharyngienne. On trouve dans les journaux anglais plusieurs observations de pharyngorrhée que leurs auteurs ont

1. Tanquerelle des Planches, *loc. cit.*

intitulés : Ptyalisme, salivation (*Journal de Dublin*, *Gazette de Londres*, etc.). Dans la pharyngorrhée le liquide provient de l'arrière-gorge, il est conduit dans la cavité buccale à la suite d'un effort qui constitue l'expuition. Le fluide fourni par la sialorrhée se forme et s'accumule dans la bouche et il sort sans effort quand le malade ouvre cette cavité, et fréquemment des efforts de déglutition ont lieu ; en outre une sensation particulière annonce le point de départ et le trajet que parcourt ce liquide ; rien de semblable n'a lieu dans la pharyngorrhée.

Enfin, le liquide pharyngien est composé uniquement de mucus, tandis que celui de la sialorrhée est formé surtout de salive dont la composition est fort différente du mucus. »

Nous devons naturellement rapprocher de cette pharyngorrhée la curieuse observation de Hervieux (1) « sur un cas de pharyngorrhée ou sialorrhée pharyngienne à forme intermittente et de nature rhumatismale guérie par le sulfate de quinine ». Le cas est d'ailleurs complètement différent de la pharyngorrhée de Tanquerelle des Planches, puisque dans l'observation de Hervieux le liquide sécrété en abondance était de la salive et non du mucus. L'observation détaillée et la discussion dont elle fut suivie, et à laquelle prirent part Marotte et Moutard-Martin,

---

1. Hervieux. « Note sur un cas de sialorrhée pharyngienne, *in Bull. Société médicale hôpitaux*, mai 1856 et *Union médicale*, 27 mai 1856.

sont trop longues pour que nous puissions les rapporter ici.

En général, rien n'est plus aisé cependant que de reconnaître la sialorrhée. Il est beaucoup plus difficile de la rapporter à sa vraie cause tant sont nombreuses les affections qui en peuvent être l'origine. Le problème est d'autant plus complexe que souvent plusieurs de ces causes coexistent chez un malade et qu'il devient presque impossible de savoir laquelle doit être incriminée.

En présence d'une sialorrhée, le premier soin est de regarder s'il n'existe pas une lésion buccale susceptible d'occasionner l'hypercrinie salivaire. La sialorrhée est fréquente dans les stomatites quelle qu'en soit la nature et ce diagnostic étiologique a l'avantage de comporter souvent en lui-même le traitement de cette affection si rebelle par ailleurs aux médications.

Cependant dans l'urémie, d'après Barié, la sialorrhée précède les lésions buccales et celles-ci agissent secondairement à leur tour pour entretenir et exagérer le ptyalisme. D'autre part, Gubler (1) admet que le flux salivaire en tant que phénomène critique existe dans certains cas de phlegmasie de la bouche et qu'il est « le point de départ d'une période d'apaisement ».

En l'absence de stomatite le diagnostic peut encore être simple si l'on se trouve en présence d'une affection nerveuse atteignant le bulbe, d'une intoxication

---

1. Gubler. *Dictionnaire des sciences médicales*. Art. *Bouche*.

évidente par le mercure, le plomb, etc., d'une absorption de jaborandi ou autre médicament sialogène.

Mais à côté de ces cas il en est d'autres, assez nombreux, où il est fort difficile, sinon presque impossible, d'affirmer la cause de l'hypersécrétion des glandes salivaires. Et nous n'en voulons pour preuve que la diversité des opinions émises à la suite des communications de sialorrhée dans les sociétés médicales.

S'agit-il d'urémie lente, on peut croire à la névrose salivaire de MM. Klippel et Lefas, et cela d'autant plus facilement que les malades atteints de sialorrhée sont parfois très sensibles au froid, ce qui est un signe commun avec les brightiques. Comme exemple de difficulté de diagnostic, nous ne pouvons mieux faire que citer l'observation II très démonstrative à cet égard.

S'agit-il d'une maladie comme les oreillons et la variole qui peuvent déterminer des lésions diverses du côté de la bouche, le problème devient encore plus ardu. La sialorrhée est-elle due à ces déterminations buccales de la maladie ou en est-elle indépendante ? Nous aurons à revenir sur ce point dans le chapitre suivant.

Au cours d'une infection comme la grippe, la pneumonie, la fièvre typhoïde, il semble bien que la maladie elle-même, par les toxines microbiennes, puisse être la cause de la sialorrhée. Il n'en est pas moins vrai que la sialorrhée est infiniment moins fréquente au cours des infections qu'au cours

de intoxications. De plus, les quelques rares observations que nous possédons à ce sujet sont plus ou moins incomplètes. Enfin, au cours de la maladie elle-même, le malade a presque toujours absorbé quelque médicament. Et l'on sait que l'on a attribué à une grande quantité de substances des propriétés sialogènes, au moins chez des individus prédisposés.

Nous devons donc conclure qu'il faut soigneusement rechercher si, par hasard, parmi les médicaments ordonnés ou pris à l'insu du médecin, il ne s'en trouverait pas qui puisse expliquer cette hypersécrétion.

Enfin le médecin ne doit pas oublier, ainsi que nous l'avons déjà dit, que d'après Tarnier l'apparition du ptyalisme chez une femme jeune et bien portante doit faire soupçonner une grossesse. Il faut cependant, d'après MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage (1) se garder de confondre ce ptyalisme avec la salivation exagérée des femmes dyspeptiques qui ont en même temps de la métrite chronique.

Quoi qu'il en soit, en cas de doute il sera utile de pratiquer l'analyse complète de la salive, d'y rechercher les substances sialogènes, d'en faire l'examen bactériologique.

---

1. Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Ptyalisme* (*in Précis d'obstétrique*).

CHAPITRE VIII

LA SIALORRHÉE PEUT-ELLE ÊTRE UN PHÉNOMÈNE CRITIQUE ? DISCUSSION DES OBSERVATIONS

Bien avant Hippocrate, la conception doctrinale des crises était née. Par une généralisation progressive de faits qui doivent avoir de tout temps frappé le malade et les médecins, à savoir l'évanouissement brusque parfois d'une maladie aiguë au milieu d'un cortège de symptômes bruyants, cette conception s'était imposée. Elle est affirmée par le maître de l'école de Cos avec une simplicité et une netteté telles qu'elle subsiste jusqu'au milieu du siècle dernier. On la retrouve, dégagée de toutes les interprétations qui l'avaient dénaturée, dans l'enseignement de l'école de Montpellier jusqu'en 1860.

Pour Hippocrate, la crise est la fin de l'évolution morbide, dans quelque sens que ce soit, bonne ou mauvaise, parfaite ou imparfaite, brusque et intense ou lente et insensible. Les phénomènes critiques ne diffèrent en rien par eux-mêmes de ceux qui ne le sont

pas ; leur valeur dépend de leur apparition et de leurs rapports avec les autres signes.

Doit-on regarder les phénomènes critiques comme la cause du rétablissement de la santé ou simplement comme l'effet du retour des organes à l'équilibre physiologique ? Telle est la question que se pose Gouraud (1). Il n'hésite pas à prononcer que la crise n'est que l'effet, l'un des phénomènes de la maladie. Ici l'auteur s'éloigne entièrement de l'opinion des humoristes pour lesquels la crise n'étant que l'élimination de la matière qui produisait la maladie, agissait nécessairement comme cause de l'amélioration.

Il définit les crises : des phénomènes saillants de la maladie, différents des autres symptômes, qui indiquent le mieux-être de l'économie et sont l'expression d'un travail intérieur, d'une tendance qu'il faut respecter.

« Pour faire ainsi la part des actes critiques, dit M. Chauffard (2), nous ne devons jamais perdre de vue les caractères fondamentaux de la crise : la soudaineté, l'échéance a un moment plus ou moins prévu de l'évolution morbide, l'amélioration rapide de l'état général et local, bientôt suivie d'une guérison définitive ou transitoire. »

La sialorrhée peut-elle répondre à cette doctrine

---

1. H. Gouraud. *De la doctrine des crises*. Thèse d'agrégation 1872.

2. Chauffard. *Des crises dans les maladies*. Thèse d'agrégation, 1886.

exposée par M. Chauffard et doit-elle être rangée parmi les phénomènes critiques ?

Comme réponse à cette question, nous avons tout au moins, en l'absence d'observation précise, l'opinion de nombreux auteurs.

Au rapport de Jean Freind, cité par J. de Muynck (1), ce fut Faloppe qui parla le premier, en 1564, de l'influence bienfaisante du ptyalisme sur certains états pathologiques. Depuis lui jusqu'à nos jours, nous ne voyons de loin en loin que quelques rares observateurs qui se soient occupés de cette question. Parmi tous les modes de solution naturelle et spontanée de nos maladies, il n'en est pas en effet qui ait moins fixé l'attention des praticiens que le ptyalisme critique. La cause en est sans doute dans la rareté de cette crise qui ne se présente qu'exceptionnellement à l'observation du médecin. Pour de Muynck (2), « la nature ne la provoque en effet que dans les cas difficiles, dans les grandes maladies accidentelles ou épidémiques, comme nous le fait remarquer l'immortel Sydenham ».

Rœper et Gasto ont écrit en 1702 une dissertation intitulée : *De salivatione critica in morbis acutis et chronicis.*

Pour J.-P. Frank (3) « la salivation qui survient à la fin des maladies sans trop épuiser les forces, en

---

1. J. de Muynck, *loc. cit.*
2. J. de Muynck, *loc. cit.*
3. J.-P. Frank, *Ptyalisme* (*in Traité de médecine pratique*, t. I, 1842).

opère fréquemment la solution. Nous l'avons vu, dans un cas de ce genre, durer plusieurs semaines accompagnée d'un soulagement manifeste ».

Au témoignage de Tanquerelle des Planches (1), Forestus (*Collection des thèses de Haller*, t. I, n° 27) et Bohnius (*De officio medici dupl.*) ont vu la salivation spontanée terminer la fièvre tierce et la fièvre quarte.

Sydenham déclare qu'il n'était pas très rare que la dysenterie se terminât par la salivation. Le même auteur ajoute que la salivation terminait assez souvent la fièvre putride ou continue de 1666 et 1667. Cette salivation était toujours une crise salutaire.

Hoffmann mentionne des salivations périodiques qui succèdent à la goutte rétrocédée.

Tanquerelle des Planches (2) et Frank ont signalé dans la pneumonie une sialorrhée critique.

Otto (3) (de Copenhague) s'étonne que dans aucun traité sur le typhus on n'ait fait mention de la salivation qu'il dit avoir souvent observée dans les derniers stades de cette maladie avant ou immédiatement après la cessation de la fièvre et des autres symptômes dangereux.

Cet auteur, affecté d'une fièvre typhoïde très intense, a éprouvé sur lui-même cette salivation après la cessation de la fièvre et lorsque le tête était devenue

---

1. Tanquerelle des Planches, *loc. cit.*
2. Tanquerelle des Planches, *loc. cit.*
3. Otto (de Copenhague). *Wochenschrift fur die Gesammte Heilkunde*, avril 1835.

libre et que la convalescence avait commencé. Cette salivation dura près de quatre semaines.

Trousseau (1) signale la sialorrhée dans la variole confluente. Il la considère comme indépendante de l'éruption : « Cependant, dès le deuxième jour de l'éruption, quelquefois dès le premier, le malade a été pris de salivation. Cette sécrétion consistait d'abord en un liquide ressemblant à de la salive claire, peu visqueuse. Mais sa viscosité augmentant les jours suivants, en même temps que son abondance vers le huitième ou le neuvième jour de la maladie (sixième ou septième jour de l'éruption) elle devient énorme... Cette salivation coïncide avec l'apparition des pustules dans la bouche, sur le voile du palais, dans le pharynx. Nous disons que la salivation coïncide avec l'apparition des pustules sur la membrane muqueuse buccale et non qu'elle dépend de la présence de ces pustules... »

Pour M. André (2), l'hypersécrétion salivaire peut être dans les oreillons un mode de réaction de l'organisme contre l'infection ourlienne, comme dans d'autres cas elle est d'origine réflexe et due à l'excitation des terminaisons nerveuses de la parotide.

Dans sa thèse Sallaud (3) cite un grand nombre de cas d'hypersécrétion critique chez des malades atteints d'oreillons « ... nous avons presque toujours eu une

---

1. Trousseau. *Variole* (*in Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. I, 9e éd.).
2. André. *loc. cit.*
3. Sallaud, *loc. cit.*

hypersécrétion que nous avons appelée critique, car nous avons observé en effet que la résolution se faisait d'autant plus vite que la salivation était plus abondante ». « La congestion parotidienne se résout et alors apparaît une hypersécrétion critique de la salive. » C'est ainsi que sur 38 observations rapportées dans sa thèse, l'auteur a observé cette hypersécrétion critique vingt fois.

D'après M. Letulle (1), « la valeur pronostique du ptyalisme est souvent considérable. On peut en thèse générale dire avec Sydenham, Forestus et la plupart des anciens, que la salivation se montrant dans le cours d'une maladie aiguë constitue un phénomène éminemment favorable ; non sans doute qu'il faille admettre les théories humoristes et les idées du temps passé sur les crises en général et sur la crise salivaire en particulier ; mais il est bien certain que dans une maladie générale quand la fièvre s'éteint, quand le système nerveux retrouve son influence et ses fonctions, les secrétions des diverses glandes reparaissent et contribuent à rassurer le clinicien sur les éventualités ultérieures. Sydenham considérait encore la salivation comme un des signes les plus importants de la variole. Il avait bien vu que ce phénomène est intimement lié à la marche de l'exanthème jusqu'au dix ou douzième jour ; aussi la suppression brusque du ptyalisme avant cette époque est-elle à ses yeux d'un pronostic aussi redoutable que

1. Letulle, *loc. cit.*

son accroissement plus ou moins considérable vers cette date est favorable, à condition bien entendu que l'état général reste bon. La salivation est rare dans la rougeole, mais elle y a la même valeur pronostique, son apparition jugeant rapidement la marche de la maladie. »

Lados (1), à propos de la lettre sur le ptyalisme curatif de de Muynck, répond : « Nous ne devons pas prendre pour crise le retour d'une fonction à son état normal, par exemple une sécrétion est arrêtée par suite d'un travail morbide dans un organe voisin, si l'on fait cesser ce dernier phénomène, que par suite de cela la sécrétion réprime son cours, ce n'est pas là une crise ; ce n'en est même pas une si cette sécrétion redouble d'activité, car il est facile de concevoir qu'un organe dont la fonction a été suspendue doit augmenter pendant quelque temps d'activité pour ramener l'équilibre dans l'économie. »

« Quant à la variole, écrit Dujardin-Beaumetz (2), je ne vous la signale que parce que Trousseau a insisté sur ce phénomène (la sialorrhée) dans le cours de la variole confluente. Apparaissant au second jour de l'éruption, le ptyalisme va en augmentant jusqu'au neuvième jour de la maladie et, quoique Trousseau ait refusé d'y voir une corrélation exacte entre l'éruption buccale et le flux

1. Lados. *Rapport sur le ptyalisme curatif* (*in Annales de la Société de médecine de Gand*, 1842, p. 147).

2. Dujardin-Beaumetz. *Des troubles de la sécrétion salivaire.* (*Gazette des hôpitaux*, 1872, p. 211.)

salivaire, ce lien n'en existe pas moins et doit expliquer la cause même de la salivation. Le ptyalisme qui surviendrait dans le paroxysme de certains accès paludéens et qui a été signalé par quelques auteurs a besoin pour être admis définitivement de nouvelles observations. »

Pour Hamelin (1), « la salivation, l'expectoration qui sont citées comme critiques par la plupart des auteurs », ne paraissent pas mériter ce titre.

« Existe t-il une sialorrhée critique ? se demande Gubler (2). On pourrait, à la rigueur, considérer comme telle celle qui se montre à la suite de l'ingestion d'une substance étrangère, trouvant dans les glandes salivaires d'importantes voies d'élimination. Mais ce n'est pas à des cas de cette nature qu'on a songé lorsqu'on a créé la catégorie de la sialorrhée critique. »

« Pour ce qui est des diarrhées séreuses ou bilieuses qui terminent quelquefois les fièvres aiguës, dit Hirtz (3), leur apparition est plus rare. Quelques observateurs, en particulier le professeur Traube, leur concèdent un caractère critique qui ne nous paraît pas bien démontré. Il en est de même des sécrétions salivaires observées quelquefois dans la variole et qui nous paraissent sans importance. »

---

1. E. Hamelin. (*Dictionnaire des sciences médicales*) article *Crises*.

2. Gubler, *loc. cit.*

3. Hirtz. Art. *Crises* (*in Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*).

M. Fernand Lévy (1) émet la même opinion « à propos de l'exagération de la sécrétion salivaire que certains considéraient, dans quelques cas, comme un heureux phénomène tout à fait comparable aux crises diurétiques qui surviennent au décours des grandes infections, on a parlé de la sialorrhée critique. L'expression serait juste si la salivation n'apparaissait qu'à la fin d'une stomatite. Les auteurs voulaient surtout faire allusion à l'hypercrinie salivaire d'origine variolique ; mais loin d'être terminale elle est un symptôme du début des varioles confluentes annonçant l'éclosion des pustules buccales. Le malade élimine parfois 1 litre ou 1 lit. 1/2 de bave dans les vingt-quatre heures et la sédation des phénomènes de stomatite s'accompagne de la disparition du ptyalisme ».

Avant de prendre part à cette discussion, nous tenons à rappeler les caractères qui distinguent la crise et que, ainsi que nous l'avons déjà vu, M. Chauffard (2) a si bien précisés. Les caractères fondamentaux de la crise sont : la soudaineté, l'échéance à un moment plus ou moins prévu de l'évolution morbide, l'amélioration rapide de l'état général et local bientôt suivie d'une guérison définitive ou transitoire. Nous nous répétons, mais il le faut, car à notre avis toute la question tient en ces quelques lignes.

---

1. Fernand Lévy. *Séméiologie des stomatites* (*in Gazette des hôpitaux*, 1904, p. 629).
2. Chauffard, *loc. cit.*

Nous n'avons d'ailleurs pas besoin de discuter ici sur l'essence même de la crise, et il nous semble qu'aucun des faits rapportés plus haut dans ce chapitre ne peut être considéré comme sialorrhée critique.

On ne peut en effet considérer comme critique la salivation survenant au début de la variole. Nous ne retrouvons là aucun des caractères de la crise.

La sialorrhée dont fut atteint Otto (de Copenhague) est survenue quand la fièvre était déjà tombée, quand la tête était redevenue libre. La durée même de cette salivation, quatre semaines, nous semble contraire à l'idée de crise.

Dans les oreillons Sallaud (1) affirme avoir constaté de nombreux cas de sialorrhée critique. Mais la proportion énorme de ces cas de sialorrhée doit déjà nous mettre en garde. C'est ainsi que sur 38 observations rapportées dans sa thèse, l'auteur a observé cette hypersécrétion critique vingt fois. De plus ses observations n'ont guère que trois ou quatre lignes chacune et ne contiennent aucune espèce de détail sur la durée et l'intensité de cette sialorrhée. Et comme par ailleurs l'auteur rapporte qu'il a plusieurs fois vu de l'amygdalite avec injection de la muqueuse buccale, il est impossible de savoir s'il s'agissait bien d'une sialorrhée et si cette sialorrhée était due aux oreillons.

Si nous examinons maintenant à ce point de vue

---

1. Sallaud, *loc. cit.*

les observations que nous rapportons à la fin de notre thèse, nous voyons que les observations de M. Renon (obs. I) et de M. Montier (obs. II) ne peuvent être des cas de ptyalisme critique. Elles n'ont point, d'ailleurs, été considérées comme telles par ces observateurs. La sialorrhée est survenue au cours de l'urémie sans qu'aucune amélioration en ait été la conséquence.

L'observation de de Muynck (obs. III) se rapporte à un de ces cas de fièvre quarte au cours desquels, suivant les anciens, on voyait fréquemment survenir la sialorrhée critique. De plus, lorsque le ptyalisme est apparu le malade ne prenait plus de médicaments. Mais cette hypersécrétion n'est évidemment pas survenue à une échéance plus ou moins prévue de la maladie. Et, en dehors même de cette condition exigée par M. Chauffard, par son absence de détails précis sur la durée et l'évolution de la crise, cette observation ne nous semble pas convaincante.

MM. Simon et Prautois (1) ne considèrent pas la sialorrhée apparue vers la fin des oreillons dont ils rapportent l'observation (obs. IV) comme un phénomène critique. M. Cazenave de la Roche (2) ne la regarde pas non plus comme telle. Il attribue cette hypersécrétion à un exanthème de la muqueuse et non comme d'autres auteurs, à un réflexe ayant pour point de départ les nerfs sécréteurs de la parotide.

1. Simon et Prautois, *loc. cit.*
2. Cazenave de la Roche, *loc. cit.*

Dans l'observation V, l'influence toxique de l'iodure de potassium qu'avait pris la malade est peu probable, car, ainsi que le fait remarquer M. le Dr Triboulet (1), l'iodisme se montre habituellement dans les premiers jours de l'absorption médicamenteuse, l'iodisme s'accompagne de larmoiement, d'éruptions cutanées plus ou moins acnéiformes, tous éléments qui ont manqué. L'iodisme entraîne le gonflement des glandes salivaires restées normales chez la malade qui fait l'objet de cette observation.

« Malgré des faits intéressants de physiologie expérimentale rapportés par M. Variot, dit M. Triboulet, et concernant des observations d'accumulation de l'iodure de potassium pendant plusieurs jours chez le chien, pour toutes les raisons que nous venons d'envisager, l'hypothèse toxique reste ici peu vraisemblable. Il eût été intéressant toutefois de rechercher l'iodure dans la salive de la malade, en diverses périodes de troubles morbides et c'est une omission vraiment regrettable. »

Et, s'appuyant en outre sur une observation analogue du Dr Levassort de Paris et sur deux observations du Dr Monmarson de Saint-Maur, M. Triboulet conclut que le seul élément étiologique possible est la grippe.

« Le toxique, l'agent infectieux peuvent agir, soit directement sur les glandes, soit sur les centres nerveux. Dans le premier cas d'action directe sur les

1. Triboulet, *loc. cit.*

glandes, la salivation peut se présenter comme un phénomène critique, analogue aux crises sudorales ou urinaires. Il ne s'agit bien entendu de rien de semblable puisque cette crise peut durer trois semaines, un mois et davantage. C'est évidemment par leur action sur les centres nerveux qu'agissent les éléments toxi-infectieux. »

Dans la discussion qui suivit la communication de cette observation de sialorrhée post-grippale, M. Rendu émit l'opinion que c'est l'iodure de potassium qui est la cause de l'hypersécrétion. Pour M. Le Gendre, au contraire, ce ptyalisme doit être d'origine névropathique, puisqu'il cessait pendant le sommeil.

Nous ne pouvons non plus appliquer l'épithète de critique à la sialorrhée observée par Tanquerelle des Planches et survenue chez une femme de quarante ans en pleine convalescence d'une pneumonie soignée par le tartre stibié, médicament bien capable de causer le ptyalisme.

Quant à l'observation si intéressante de sialorrhée survenue au début d'une pneumonie (obs. VII), elle est tout à fait à part et mérite une discussion complète.

Nous ne résumerons pas ici cette observation. Nous rappellerons simplement que pendant les deux jours où il est demeuré malade chez lui, G... Léon n'a pris comme médicament que de la pensée sauvage et de la tisane purgative. Un échantillon de la tisane purgative examiné dans le service n'a paru contenir rien

qui puisse causer la sialorrhée. Bien qu'il soit regrettable que l'analyse de la salive de G... Léon n'ait pas été faite, il nous semble que l'on ne peut songer, pour expliquer la salivation, à une éause toxique.

Les médicaments sialagogues mis de côté, doit-on incriminer une lésion buccale. Non, car on n'a noté rien de particulier de ce côté. Il n'y avait ni stomatite ni gingivite. Il est vrai que le malade consentait avec peine à avaler quelques gouttes de liquide, mais il est noté dans l'observation que, s'il n'aimait pas à boire il ne semblait pas cependant avoir une gêne spéciale pour déglutir. Il faut donc repousser l'hypothèse qu'il ne s'agirait pas ici d'une sialorrhée véritable, mais simplement d'un rejet de salive par défaut de déglutition.

Il nous semble également impossible de songer ici à un reflexe ayant pour point de départ l'estomac ou l'intestin, l'enfant bien portant d'habitude ne souffrant pas de troubles gastro-intestinaux.

Il ne peut s'agir non plus d'une sialorrhée nerveuse. L'enfant ne présente pas de tares à ce point de vue. Il ne souffre pas de névralgie faciale.

C'est donc la maladie elle-même qui paraît avoir été la seule cause du ptyalisme. Alors que la théorie classique veut que l'infection se fasse, en cas de pneumonie, par voie aérienne, les travaux modernes tendent au contraire à démontrer que la localisation pulmonaire est toujours précédée d'une phase de septicémie. Cette nouvelle conception est le résultat de l'hémoculture qui a modifié du tout au tout la

conception que l'on se faisait de la nature même de certaines maladies. Hier encore, considérées comme des infections localisées à tel ou tel organe, elles apparaissent aujourd'hui comme de véritables septicémies. Telle a été l'histoire de la fièvre typhoïde, type le plus achevé des infections intestinales, il y a encore quelques années, et qui représente aujourd'hui la septicémie humaine par excellence Telle a été aussi l'histoire de la pneumonie. « On peut admettre aujourd'hui, écrivent MM. A. Lemierre et P. Abrami (1), qu'il existe dans toute pneumonie une phase de bactériémie que l'ensemencement du sang ne peut pas toujours révéler et nous avons démontré avec Joltrain que la phlegmasie pulmonaire doit être elle-même considérée comme une véritable métastase de la septicémie pneumococcique ».

Sans doute cette phase de bactériémie est en général fort courte mais il est des cas exceptionnels où elle se prolonge davantage et MM. A. Lemierre, P. Abrami, et E. Joltrain (2) rapportent deux observations où l'hémoculture a montré l'existence d'une septicémie pneumococcique bien avant l'apparition d'un foyer de pneumonie lobaire. Dans ces deux cas, c'est par des phénomènes généraux, rappelant

---

1. A. Lemierre et P. Abrami. *L'ictère pneumococcique* (*in Presse médicale*, 2 février 1910).

2. A. Lemierre, P. Abrami, E. Joltrain. *Pneumococcémie avec localisation pulmonaire tardive. Origine sanguine de la pneumonie franche aiguë* (*in Gazette hôpitaux*, 29 septembre 1908).

la fièvre typhoïde et s'accompagnant de diarrhée, que la maladie s'est traduite tout d'abord.

Chez le petit malade du Dr Triboulet, cette phase de septicémie s'est manifestée surtout par du délire, une agitation extrême et un peu de raideur de la nuque. Il n'y eut pas diarrhée au début, mais ptyalisme. Mais l'apparition de la diarrhée a coïncidé avec la disparition de l'hypersécrétion salivaire. Or, Trousseau (1) a signalé, dans la variole confluente, un balancement très net entre les crises de ptyalisme et la diarrhée.

Chez le petit G... Léon l'hémoculture a été négative, mais MM. Lemierre et Abrami considèrent que l'ensemencement du sang peut ne pas toujours révéler la bactériémie.

Y a-t-il eu décharge microbienne par les glandes salivaires ? Nous pouvons nous poser ce problème. En effet « le docteur Bouchard, écrit M. Monteil (2), a émis il y a quelques années l'hypothèse qu'il se produisait au déclin des maladies infectieuses une décharge bactérienne au niveau des glandes salivaires, décharge qui constituerait une crise favorable. Cette théorie manque malheureusement de confirmation expérimentale. Cavello injecte des cultures de bactéridies charbonneuses à des animaux, soit dans le sang, soit sous la peau, et ne retrouve pas de microbes ni dans la salive ni dans les canaux excréteurs ».

1. Trousseau, *loc. cit.*
2. H. Monteil, *loc. cit.*

Malheureusement, aucune recherche sur ce point n'est mentionnée dans l'observation et toute base nous manque pour discuter. Combien délicate d'ailleurs aurait été cette recherche dans un milieu si riche en microbes à l'état normal, dans un milieu où le pneumocoque se rencontre si fréquemment, surtout lorsqu'il s'agit, comme c'était le cas, d'un individu ayant déjà eu une pneumonie.

Néanmoins, à cette objection on pourrait répondre qu'étant donné la grande quantité de salive rejetée, on aurait peut-être eu quelque chance d'obtenir une culture pure de pneumocoque. On pourrait enfin, à la rigueur, faire dans ce cas le cathétérisme du canal de Stenon.

Il est plus probable que ce sont les toxines qui doivent être mises en cause. Mais s'agit-il d'une action de ces toxines sur le bulbe comme M. Triboulet l'a admis pour l'observation V, ou bien ces toxines ont-elles, à la manière de la muscarine, agi directement sur le parenchyme glandulaire ? En tous cas l'action a été beaucoup plus fugace puisque dans cette observation de sialorrhée post-grippale l'hypersécrétion salivaire a duré quatre semaines, alors que dans l'observation de G... Léon elle a disparu au bout de deux jours. Là encore nous devons avouer notre ignorance.

De cette discussion nous pouvons déjà conclure que ce cas de sialorrhée n'a rien des caractères d'un phénomène critique.

Cette observation n'est pas seulement intéressante

par cette phase de bactériémie probable et par la sialorrhée dont elle a été accompagnée. Elle l'est encore par la tension de la courbe de la température et par les crises de diarrhée survenues au moment où disparaissait le ptyalisme et qui persistèrent, non seulement pendant toute la durée du séjour du petit malade à l'hôpital, mais encore huit jours après sa sortie.

Les crises de diarrhée ne sont certainement pas exceptionnelles dans la pneumonie, et il nous a suffi de parcourir quelques-unes des observations recueillies dans le service de M. le Dr Triboulet pour trouver plusieurs cas où, vers la fin de la maladie, apparurent des selles diarrhéiques. Il nous semble même que, bien mieux que la sialorrhée, ces crises diarrhéiques peuvent être considérées comme phénomènes critiques. Emonctoire puissant, le tube digestif ne peut d'ailleurs pas être comparé à cet émonctoire si faible que constituent les glandes salivaires.

Au lieu de rechercher si la sialorrhée peut être critique, ce qui est tout au moins très exceptionnel, nous pouvons plus simplement nous demander jusqu'à quel point cette hypersécrétion constitue un phénomène favorable. Il nous semble en effet que parmi les auteurs qui ont appliqué si aisément l'épithète de critique au ptyalisme, beaucoup n'ont fait que peu de différence entre ces deux termes : phénomène critique et symptôme favorable.

Dans les deux observations (obs. I et II) d'urémie,

cette hypersécrétion des glandes salivaires ne nous paraît pas constituer un phénomène bien favorable. Non seulement aucune amélioration n'a suivi l'apparition de ce nouveau symptôme, mais il nous semble qu'étant donné la diminution considérable des urines, qui, dans le cas de M. Renon, tombèrent de 3 litres à 1.500 grammes, les matières toxiques éliminées ont dû être moindres malgré la quantité d'urée contenue dans la salive. On sait d'ailleurs que l'urée est déchue de son ancienne importance au point de vue de la pathogénie de l'urémie.

Si encore il était démontré que la sialorrhée est survenue au moment où le rein devenait insuffisant et où la quantité d'urine diminuait on pourrait hésiter à parler de complication. Mais nous savons que l'un des premiers résultats de la sialorrhée est de diminuer la sécrétion urinaire. Nous croyons donc que si, chez les malades de MM. Renon et Montier, on avait pu supprimer le ptyalisme, la quantité des urines aurait augmenté immédiatement. Aussi, en pareil cas, ne faut-il pas hésiter à imiter la conduite de M. Renon qui chercha, sans succès malheureusement, à rétablir la diurèse par le régime lacté, de faibles doses de digitale, de scille, de théobromine, de caféine, par des émissions sanguines locales dans la région des reins et ordonna le sulfate d'atropine.

Ces faits mis à part, et lorsqu'il ne s'agit pas de sialorrhée intense et prolongée, gênante pour le

malade, nous nous rangeons à l'avis de M. Letulle (1) que nous avons déjà cité dans ce chapitre : « ... mais il est bien certain que dans une maladie générale, quand la fièvre s'éteint, quand le système nerveux retrouve son influence et ses fonctions, les sécrétions des diverses glandes reparaissent et contribuent à rassurer le clinicien sur les éventualités ultérieures. »

OBSERVATION I

(M. Renon. — Société médicale des hôpitaux, 27 mai 1898.)

Sialorrhée intermittente au cours de l'urémie lente

M. X..., âgé de cinquante-quatre ans, est atteint depuis le mois de février 1898 d'une sialorrhée extrêmement curieuse : elle ne se produit que pendant l'action, alors qu'au repos, au lit, que dans la situation assise, il n'existe aucune sécrétion salivaire anormale ; pendant la marche, aussi bien dans l'appartement que dans la rue, la salivation devient de suite très abondante. Pendant ses promenades, le malade est obligé de s'arrêter, ne pouvant faire 10 ou 15 mètres sans saliver. Il rend une salive épaisse, visqueuse ; la quantité totale n'a jamais pu être exactement mesurée ; mais elle doit être considérable, car une fois le malade en rendit devant moi 100 grammes en dix minutes. Cette sialorrhée ne s'accompagne pas de troubles marqués du côté de la bouche ; le malade a simplement

---

1. Letulle, *loc. cit.*

l'impression d'avoir la langue collée au palais et à la muqueuse buccale par une solution de gomme, mais il n'existe ni la moindre rougeur, ni le moindre enduit pultacé, ni la moindre ulcération sur toutes ces parties.

En recherchant les causes de cette sialorrhée, il est facile de voir qu'il s'agit d'une sialorrhée urémique. Le malade est un artério-scléreux. Atteint d'aortite chronique, il a eu souvent des crises d'angine de poitrine, il présente un type très net de rétrécissement mitral des artério-scléreux décrit par mon maître M. Huchard ; il est de plus brightique avéré, possédant au complet tous ces petits signes sur lesquels mon maître, le professeur Dieulafoy, a si justement insisté. L'urine est claire, abondante, elle a présenté de l'albumine ; elle n'en contient plus depuis un an. Le malade a subi en 1896 une crise d'œdème aigu du poumon, à laquelle il a failli succomber ; en mars 1897 il a eu une attaque de prurit aigu qui dura un mois et qui ne céda qu'à un traitement par l'électricité statique, Jamais on ne put déceler le moindre signe d'urémie gastro-intestinale ; je n'ai jamais constaté ni diarrhée, ni vomissement.

La sialorrhée s'est établie en même temps que les urines devenaient moins abondantes, la quantité d'urines rendues chaque jour tomba à 1.500 grammes au lieu de 3 litres. La teneur en urée descendit à 26 gr. 25 par vingt-quatre heures alors que la salive contenait le jour de l'examen un excès d'urée, 0 gr.059 d'urée par 100 grammes de salive. Ce sont les seuls dosages que j'ai pu faire effectuer, il m'a été impossible d'obtenir une série de dosages comme je l'aurais désiré.

Cette sialorrhée diminue souvent sans raison ; elle reparaît aussi intense le lendemain ou le surlendemain ; elle cesse même des semaines entières ; mais elle tend à devenir chronique

malgré tous les traitements employés et qui n'ont eu d'autre but que de provoquer une diurèse abondante (régime lacté, faibles doses de digitale, de scille, de théobromine, de caféine ; émissions sanguines locales dans la région des reins ; faibles doses de sulfate d'atropine. Le seul fait intéressant de cette longue thérapeutique, c'est que la sialorrhée diminue chaque fois que le taux des urines s'élève un peu.

OBSERVATION II

(Georges Montier. — *De la sialorrhée urémique*, Thèse de Paris, 1898.)

Sialorrhée au cours de l'urémie

Mme X..., vingt-huit ans, vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu le 15 juin 1898. Elle avait eu une angine le 9 juin et présentait alors des points blancs dans la gorge, de la céphalalgie. Un médecin appelé prescrit des gargarismes à l'eau boriquée. La malade a à ce moment des douleurs dans le dos et dans les jambes, un peu de fièvre, 38°8.

12 juin. — Tout va mieux, mais les urines rares antérieurement continuent à l'être.

Elle prend une solution de chlorate de potasse à 5 o/o et se gargarise avec une solution de salicylate de soude à 1/500.

13 juin. — Apparaît de la sialorrhée, continue et abondante, la malade bave sur son oreiller ; elle rend au moins 1 litre de salive par vingt-quatre heures. Les urines deviennent en même temps plus rares à mesure que la sialorrhée se produit et augmente.

Cette malade très nerveuse avait été jadis soignée par Charcot

Mais actuellement on retrouve chez elle quelques-uns des petits signes du brightisme ; cette femme a en effet des crampes dans les épaules, des fourmillements dans les doigts, ce qui, nous le savons, précède fréquemment le phénomène du doigt mort, enfin elle a des saignements de nez, assez rares toutefois.

Le sujet a subi jadis deux curettages utérins; notons aussi qu'il n'a jamais eu mal à l'estomac, ce qui indique l'intégrité du tube digestif.

Actuellement enfin, on trouve un nuage d'albumine dans l'urine.

Cette observation montre la difficulté que l'on éprouve parfois dans le diagnostic de la nature de la sialorrhée. Voici en effet une femme qui se présente avec de la sialorrhée : qu'est-ce que cette sialorrhée ? Or, cette femme a eu de l'angine, c'est une névropathe, et de plus elle présente les symptômes du brightisme ; d'après ce que nous avons vu de la pathogénie de la sialorrhée, celle qui nous occupe pourrait donc être due à l'angine et alors se produire par phénomène reflexe, elle pourrait aussi être d'ordre nerveux, enfin rien n'empêche de la considérer comme produite par l'urémie.

Je ne crois pas que cette hypersécrétion soit due à un réflexe provoqué par l'inflammation de l'arrière-bouche, parce que l'angine commença le 9 juin, fut soignée, et c'est le 13 juin seulement, alors que cela va mieux et que la malade est pres que guérie, que le phénomène se produit ; il eût dû, à mon sens, survenir plutôt.

Je ne crois pas non plus qu'il soit sous l'influence d'une névrose car il y aurait bien des chances pour qu'il se soit produit antérieurement, la malade allant très bien actuellement à ce point de vue et ayant été jadis soignée par Charcot.

Tout me porte à croire que ce ptyalisme est sous l'influence de l'urémie commençante. En effet, on retrouve chez la malade plusieurs des petits signes de brightisme du professeur Dieulafoy et actuellement l'urine présente des traces d'albumine ; cette quantité minime n'est pas pour battre en brèche notre opinion, car nous savons fort bien que la quantité d'albumine n'est nullement en rapport avec l'importance des accidents urémiques. Remarquons aussi que la malade a jusqu'ici le tube digestif intact, ce serait donc un cas de sialorrhée symptomatique d'urémie au début, et à rapprocher de celui de M. Renon.

OBSERVATION VIII

(J. de Muynck, *in Annales de la Société de médecine de Gand*, 1842.)

Un jeune homme, d'une constitution lymphatique, se rend dans les polders pour y trouver du travail. Après un séjour d'un mois dans ces pays marécageux, il contracte une fièvre quarte qui, par son opiniâtreté, le force à retourner dans ses foyers. Arrivé à Gand il réclame mes soins et voici les symptômes qui se présentent à mon observation : abattement des

forces musculaires, tuméfaction et douleur de l'hypochondre gauche, appétit capricieux, sueurs nocturnes, constipation, fièvre revenant tous les trois jours à des heures irrégulières et caractérisée par des douleurs de têtes fortes et gravatives.

La fièvre durait depuis deux mois et le malade avait déjà fait usage, mais en vain, de l'écorce du Pérou. Les fortes atteintes que la constitution de ce malheureux avait éprouvées par suite de cette fièvre, me déterminèrent à la combattre aussi promptement que possible. Je débutai par une potion purgative que l'indication réclamait. J'eus recours ensuite au sulfate de quinine que je fis seconder dans ses effets par un régime et des moyens auxiliaires convenables ; mais je ne fus pas plus heureux que le médecin qui avait soigné précédemment le malade : la fièvre resta rebelle.

Je le soumis à l'usage du quinquina, marié au sel ammoniac, mais la fièvre résista encore à cette médication.

Je conseillai alors au malade l'emploi de la liqueur arsénicale de Fowler, dont il fit usage pendant douze jours, mais encore sans effet ! désespéré de cet insuccès, je résolus de faire infidélité à la médecine perturbatrice pour avoir recours à la méthode expectante, qui, comme l'expérience l'apprend, rend souvent, en pareille circonstance, des services éminents. Je me bornai à conseiller au malade, dont je devais soutenir les forces, le repos et un régime analeptique. Au bout de quinze jours je vis, avec étonnement, apparaître une salivation spontanée mais lente, qui continua pendant quelque temps, je vis encore, avec non moins d'étonnement, que sous l'influence de cette excrétion salivaire la fièvre cessa pour ne plus reparaître.

OBSERVATION IV

(MM. Paul Simon et V. Prautois, *in Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1892.)

L'enfant X... âgé de dix ans, est entré à la clinique des enfants à l'hôpital civil le 26 mai 1891. Habituellement bien portant, il fut atteint, il y a trois mois, de fièvre ourlienne bénigne ; une épidémie d'oreillons régnait alors dans le village où il habitait avec ses parents. La maladie évolua sans aucune complication ; on ne jugea pas nécessaire d'appeler un médecin, aucun remède ne fut administré. Vers la fin de l'affection une salivation assez abondante s'établit et augmenta bientôt au point de devenir une gêne réelle.

La famille se décida alors à mettre l'enfant en pension à l'hôpital. Le malade, robuste et d'une bonne constitution, ne présente rien d'anormal du côté des différents appareils ; les parotides ne sont pas augmentées, la muqueuse amygdale et pharyngée est normale ; un seul symptôme attire l'attention : c'est la salivation. Le tableau suivant indique les quantités de salive rejetées dans l'intervalle de vingt-quatre heures et leur diminution progressive sous l'influence du sulfate d'atropine :

Dates	Salivation par 24 heures	Traitement	Observations
Mai 27	150 cc.	Nul.	
— 28	200 —	Nul.	Pas d'albumine dans les urines.
— 29	250 —	Nul.	
— 30	200 —	1/2 milligramme de sulf. d'atropine.	
— 31	50 —	—	
Juin 1	75 —	—	
— 2	50 —	Suppression.	
— 3	50 —	1/2 milligramme.	
— 4	30 —	Suppression.	3 selles diarrhéiques.
— 5	50 —	1/2 milligramme.	—
— 6	45 —	Suppression.	Pas de diarrhée.
— 7	25 —	Nul.	
— 8	10 —	Nul.	
— 9			Sortie.

L'analyse de la salive de notre malade a été faite au laboratoire des cliniques et a donné les résultats suivants (o/oo):

Réaction légèrement alcaline.

Densité 1004.

Eau 989,50.

Chlorure de sodium, 6gr.80.

Phosphate de sodium, 0 gr. 65.

Albumine, 0 gr. 18.

Matières organiques (ptyaline. épithelium).

Sels divers, 2 gr. 87

OBSERVATION V

(M. Triboulet, *in Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1889.)

Sialorrhée post-grippale

Le premier cas concerne une dame de cinquante-quatre ans, de robuste constitution, qui vient d'être atteinte de grippe légère, pour laquelle elle est restée trois semaines à la chambre. Pendant ce temps elle prend 1 gramme d'antipyrine pendant six ou huit jours et pendant quinze jours une pilule, chaque jour, ainsi composée :

Sulfate de quinine.....	0 gr. 10
Poudre de noix vomique.....	0 02
Extrait de quinquina.....	0 10

pour une pilule.

Après ce traitement, qui répond à la période aiguë, la malade est soumise, pendant vingt jours, du 21 mars au 9 avril, à un traitement légèrement ioduré :

KI.....	5 gr.
Arséniate de soude.....	0 05
Sulfate de strychnine.....	0 03
Eau distillée.....	300

à la dose de une cuillerée à soupe par jour, le matin à jeun.

Le lendemain de la cessation de ce traitement, le 10 avril, la malade est prise d'une sialorrhée progressive, qui lui fait rejeter

quotidiennement un tiers, puis deux tiers et enfin un litre environ de salive.

Le trouble fonctionnel durait déjà depuis dix-sept jours au moment où j'ai vu la malade. L'écoulement de la salive est incessant ; toutefois il s'arrête dans le sommeil, mais quand le sujet s'éveille la nuit, l'excrétion reprend. La salive a quelques caractères variables suivant le moment où on l'examine, claire, filante le matin, elle est mousseuse dans la journée.

L'examen de cette malade n'a pu nous fournir aucun renseignement pour une interprétation valable de physiologie pathologique : La bouche est remarquablement saine : il n'y a aucune modification appréciable (gonflement, tension) des glandes salivaires, sous-maxillaire ou parotide. L'estomac a ses fonctions régulières, le foie est de volume normal et l'examen des urines est absolument négatif au point de vue du sucre et de l'albumine.

Ajoutons que dans la quatrième semaine, peut-être sous l'influence du traitement belladoné, les troubles fonctionnels diminuèrent progressivement et qu'au trentième jour la guérison était définitive.

OBSERVATION VI

Tanquerelle des Planches, *in Journal de Médecine,* juillet 1844.)

Sialorrhée à la fin d'une pneumonie

Une femme, âgée de quarante et un an, lingère, d'une forte constitution, habituellement bien portante, entra à la Charité dans le service de M. Rayer le 6 août 1840. Elle avait eu un

enfant à l'âge de vingt-sept ans ; depuis deux ans ses règles avaient cessé de paraître ; elle nous dit ne jamais avoir fait aucun traitement mercuriel.

Cette femme était atteinte de pneumonie du côté droit, qui fut combattue avec succès par les saignées générales, l'administration du tartre stibié, du camphre et du quinquina. Ces derniers médicaments furent donnés pour relever les forces abattues, et pour conjurer la gangrène du poumon que des crachats d'un jaune brun, très fétides, faisaient craindre.

21 septembre. — La malade était en pleine convalescence, la fièvre avait cessé, il n'y avait plus d'expectoration, l'appétit était revenu, lorsqu'elle éprouva du côté de l'estomac des aigreurs, des nausées. Il lui venait beaucoup d'eau à la bouche,

Etat actuel. — La malade laisse souvent échapper de sa bouche une grande quantité de liquide presque limpide, légèrement blanchâtre. Elle a rendu d'abord environ 500 grammes de salive dans les vingt-quatre heures. Les jours suivants elle a rendu 1.000 grammes, sans nausées, sans vomissements, sans dévoiement, ayant peu d'appétit, éprouvant un goût de fumeterre, dit-elle, dans la bouche, sans rapports gazeux ni acides après avoir mangé. Vers la fin de septembre, la quantité de salive rendue s'élève à 1.500 grammes dans les vingt-quatre heures. Elle est transparente, couverte d'écume blanche à sa surface. L'examen de la bouche ne nous montre aucune trace de lésion de texture des organes, des membranes et des tissus qu'elle contient ; on voit seulement les parois très humides, couvertes de liquide salivaire qui vient s'accumuler dans les parties les plus déclives. La malade se plaint d'une sensation de chaleur, de sécheresse de l'arrière-gorge.

De la magnésie en poudre, d'abord à la dose de 4 grammes puis à celle de 8 grammes fut prescrite ; puis M. Rayer a ordonné la poudre de charbon à la dose de 60 centigrammes.

Sous l'influence de cette médication la sécrétion salivaire a diminué rapidement ; cette malade n'a plus éprouvé aucune sensation de chaleur, de brûlure à l'épigastre et à l'arrière-gorge ; la soif a disparu, l'appétit a augmenté et la malade sort le 31 octobre, complètement débarrassée de son ptyalisme,

La matière du flux salivaire, examinée par M. Quévenne, constituait un liquide fétide, ayant quelque chose de la teinte blanche opaline qu'offre le blanc d'œuf délayé dans l'eau et tenant en suspension un peu de mucus.

Examinée au microscope par ce chimiste distingué, cette salive présentait des lamelles, des points noirs, des globules de mucus, des globules de matière grasse.

La densité de cette salive était de 1003 à la température de 18 degrés centigrades, elle offrait une réaction alcaline.

Enfin M. Quévenne a découvert dans cette salive une quantité considérable d'albumine, une forte proportion d'extrait brun à odeur d'osmazone et il a remarqué que le résidu de cette salive avait l'aspect jaune roux, opaque, que la ptyaline possédait une coloration jaune terne, tandis que celle-ci, retirée de la salive normale, est grise blonde.

OBSERVATION VII

(Observation due à l'obligeance du Dr Triboulet.)

Sialorrhée chez un pneumonique

G... Léon, âgé de neuf ans, entre à l'hôpital Trousseau, dans le service du Dr Triboulet, le 2 juillet 1908.

La personne qui l'accompagne donne les renseignements suivants : G... Léon tousse depuis une quinzaine de jours. Deux jours avant son entrée, il a été pris d'un grand frisson. Il a déliré dès ce moment. Il a eu des vomissements mais pas de point de côté ni d'épistaxis. Il est constipé. Comme son état s'aggravait on l'a fait entrer à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital le 2 juillet, il a une température de 40°1. Il est extrêmement agité et présente un violent délire de paroles et d'action ; il s'assied sur son lit, gesticule, se lève les yeux égarés, Il est secoué d'un tremblement violent et continuel. Sa figure est extrêmement congestionnée et ce qui frappe par-dessus tout, c'est une salivation extrêmement abondante qui, certainement, se chiffre les jours suivants par un demi-litre au minimum dans les vingt-quatre heures. Lorsque l'on essuie les lèvres de l'enfant, on voit immédiatement la bouche se remplir à nouveau d'une salive visqueuse. Aussi le petit malade a-t-il continuellement et en grande quantité l'écume aux lèvres.

A l'examen de la bouche on ne note rien de particulier ; aucune stomatite ni gingivite ; aucun symptôme pouvant faire penser à une cause locale de cette salivation.

La nuque est un peu raide. Il n'y a pas de signes de Kernig.

On ne trouve rien d'anormal aux poumons et au cœur ni du côté de l'abdomen. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Les urines sont rares et contiennent 1 gramme d'albumine. Le pouls est rapide mais bien frappé et régulier (100 pulsations à la minute). On réserve donc le diagnostic et l'on ordonne des bains à 38 degrés pour agir sur l'hyperthermie et l'excitation nerveuse.

Jusqu'à 11 heures l'enfant est très agité et la garde de nuit à qui on a recommandé de le surveiller attentivement donne le lendemain les renseignements suivants. Lorsqu'on met l'enfant au bain ou lorsqu'on le contrarie, il a comme une crise ; il se frappe la tête contre le lit, donne des coups de pied et des coups de poing. Dans le bain il est pris d'un tremblement et la salivation est encore plus accusée. La salive semble cependant moins visqueuse. D'ailleurs il supporte bien ses bains pendant lesquels il n'a ni cyanose, ni pâleur du visage. Après son bain il s'endort. Il n'aime pas boire. Il consent avec peine à avaler quelques gouttes de liquide. Parfois il fait un effort pour déglutir, mais il ne semble pas cependant avoir une gêne spéciale pour avaler.

Le lendemain 3 juillet l'état est le même. La température est à 40°5 le matin et 40°4 le soir. La raideur de la nuque étant un peu plus marquée on fait une ponction lombaire. Après centrifugation il n'y a pas de culot dans les tubes ni aucun élément à l'examen microscopique.

L'enfant est de plus en plus hostile et la salivation est toujours très marquée.

L'après-midi les parents viennent voir le petit malade. On les interroge et ils confirment les renseignements donnés au début. Ils fournissent encore quelques indications utiles.

Le père est bien portant, la mère est bacillaire. Ils ont eu huit enfants. Trois sont morts, l'un de méningite, les deux autres de maladie inconnue quelques semaines après leur naissance. Quant à G... Léon, il est né avant terme et n'a eu d'autres maladies qu'une rougeole et une pneumonie à l'âge de sept ans. Au sujet de sa maladie actuelle les parents donnent les nouveaux renseignements suivants.

Le dimanche 29 juin l'enfant aurait eu froid. En jouant il a mangé une glace avec ses camarades et il est rentré le soir malade.

Le lundi 30 juin la mère lui donne de la pensée sauvage et comme l'état de l'enfant est plus grave et qu'il est de plus en plus agité, elle lui fait prendre le lendemain mardi de la tisane purgative. Ce jour-là il n'a pris que sa tisane, de l'eau et un grog.

On demande à la mère de bien vouloir apporter des échantillons de la tisane purgative et de pensée sauvage. Les échantillons examinés ne contenaient, autant qu'on peut l'affirmer, aucune plante susceptible de déterminer une salivation aussi intense.

L'enfant n'a pris aucun autre médicament et n'a été soumis à aucune friction avec une pommade mercurielle ou autre.

Ensuite l'enfant est réexaminé . La température est de 40°4, le pouls est à 112. Le facies est toujours le même. On ne trouve aucun signe ni à l examen de la poitrine ni à l'examen de l'abdomen. Dans sa journée l'enfant a eu deux selles diarrhéiques. La raideur de la nuque est moins marquée et l'on fait continuer les bains.

4 juillet. — La température est le matin de 40°1, le soir de 40°9. La salivation est moins marquée et l'on ne trouve plus guère d'amas de salive qu'aux commissures des lèvres. En exa-

minant le thorax du malade, on trouve à la base gauche une submatité et des râles crépitants et l'on pense que le malade va faire en ce point un foyer de pneumonie.

On ordonne des applications de glace au point suspect. On continue les bains. On fait une prise de 10 centimètres cubes de sang au pli du coude et on ensemence. L'hémoculture n'a donné aucun résultat, l'enfant a eu dans la journée trois selles diarrhéiques de réaction alcaline. Dans la soirée il semble plus calme.

5 juillet. — La température est de 38°8 le matin. Le malade est calme ; il tombe même après la visite dans une espèce de coma. L'après-midi il est repris d'un délire calme et sa température le soir atteint 41°1. La salivation est presque nulle. La nuque est encore raide. Les signes de foyer sont encore plus nets que la veille.

Les jours suivants le malade ne délire plus, la salivation disparaît complètement mais la température ne revient pas à la normale.

6 juillet. — La température est de 38°7 le matin, 40°5 le soir. Le 7 elle est de 39°8 le matin et de 40°5 le soir.

8 juillet. — On fait au niveau du foyer une injection intra-pulmonaire d'électrargol. La température est de 39°1 le matin et de 40°3 le soir.

9 juillet. — La température est de 39°5 le matin et le soir de 40 degrés. La diarrhée persiste et le malade a en moyenne trois selles par jour.

10 juillet. — Il a sept selles diarrhéiques dans sa journée. Elles sont alcalines. La température est de 38°6 le matin et de 39°8 le soir.

11 juillet. — On fait de nouveau une ponction lombaire qui

donne les mêmes résultats que la précédente. La température est de 38°2 et le soir de 38°8. On trouve au niveau du foyer un souffle et des râles assez gros et humides. La submatité n'est pas plus accentuée qu'au début.

12 juillet. — Le malade a cinq selles diarrhéiques. Comme elles sont un peu de couleur ocre jaune et que le 12 la malade a 38°7 le matin et 40°3 le soir, on fait le séro-diagnostic au 1/50. Ce séro-diagnostic est négatif.

Les jours suivants la température est moins élevée. Le 14 le malade a encore trois selles diarrhéiques. La glace, les bains, les enveloppements froids sont supprimés. La température est de 38°8 le matin, 38°6 le soir.

L'état général s'améliore, l'état local marche vers la guérison, la surexcitation disparaît et le petit malade entre en convalescence. Il sort guéri le 26 juillet On le revoit le 8 septembre 1908 et la mère dit que la diarrhée a persisté pendant huit jours après sa sortie, à raison de trois ou quatre selles par vingt-quatre heures.

CONCLUSIONS

1° La sialorrhée, quoique étant un phénomène rare, semble pouvoir être observée dans presque toutes les affections ;

2° La sialorrhée peut-être quelquefois l'une des premières manifestations d'une infection générale de l'organisme, et disparaître lorsque l'infection s'est localisée ;

3° S'il existe des cas où la sialorrhée mérite l'épithète de critique, ils sont certainement très exceptionnels et le problème, pour être résolu, nécessiterait de nouvelles observations extrêmement complètes où l'on ne négligerait ni l'analyse de la salive, ni même l'examen bactériologique ;

4° Si la sialorrhée peut, au moins apparemment, dans certaines circonstances et dans une certaine mesure, suppléer le rein comme dans les observations I et II où il existe un balancement entre les quantités d'urine émise et la crise de salivation, il ne nous semble pas qu'il faille considérer ce fait comme bien favorable. La quantité de poisons contenue dans la salive dans ces cas est en effet certainement inférieure à celle qui aurait été émise par l'urine;

5° Lorsque la sialorrhée n'a que peu de durée et ne constitue pas un ennui grave pour le malade, il nous paraît qu'elle doit être considérée comme un de ces symptômes qu'il faut savoir respecter. Si faible en effet que puisse être ce nouvel émonctoire, comme nous ignorons sa valeur réelle, il pourrait être dangereux d'en priver l'organisme ;

6° Mais lorsque par sa durée ou son intensité la sialorrhée constitue pour le malade un nouveau danger, il faut essayer de la combattre, autant que faire se peut, par les faibles moyens dont nous disposons.

Vu : le Président de la thèse,
ROGER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Achard (Ch.) et *Lévi* (Léopold). — Troubles sécrétoires, in Traité de médecine de Brouardel et Gilbert, t. VIII.

André. — De la sialorrhée. Thèse de Paris, 1898.

Barié. — De la stomatite urémique, in Archives générales de médecine, octobre et décembre 1889.

Bernard (C.). — Leçons sur les liquides de l'organisme, t. II, onzième, douzième et treizième leçons.

Binet. — Etude sur la sueur et la salive dans leur rapport avec l'élimination. Thèse de Paris, 1884.

Bouchard. — Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, 1887.

Boucheron. — Société de biologie, mai 1896.

Carnot.— Maladies des glandes salivaires, in Nouveau Traité de médecine et thérapeutique de Gilbert et Thoinot, fascicule 20.

— Réflexe œsophago-salivaire et réflexe œsophago-lacrymal, in Presse médicale, 24 décembre 1904.

Chauffard. — Des crises dans les maladies. Thèse d'agrégation, 1886.

Dujardin-Beaumetz. — Des troubles de la sécrétion salivaire, in Gazette des hôpitaux, 1872, p. 121.

Féré. — Note sur un cas de sialorrhée paroxystique dans la paralysie générale, in Bull. de société de biologie, 9 mai 1891.

— Note sur un cas de sialorrhée chez un épileptique, in Bull. de société de biologie, 17 mars 1894.

Frank (J.-P.). — Ptyalisme.in Traité de médecine pratique, t. I, 1842.

Gauthier (A.). — Leçons de chimie biologique, 1897.

Gérard. — Examen chimique de la salive dans un cas de sialorrhée chez un épileptique,in Bull. de société de biologie, 27 novembre 1897.

Gouraud (H.). — Des crises. Thèse d'agrégation. Paris, 1872.

Gubler.— Article Bouche,in Dictionnaire des sciences médicales.

Hamelin.— Article crises,in Dictionnaire des sciences médicales.

Hervieux. — Note sur un cas de sialorrhée pharyngienne, in Bull. de société médicale des hôpitaux, mai 1856 et Union médicale, 27 mai 1856.

Hirtz. — Article crises,in Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

Klippel et *Lefas*. — Crises hypersécrétoires dans le tic douloureux de la face, in Bull. de société de biologie, 20 février 1897.

— Des altérations des glandes salivaires dans la sialorrhée des tabétiques, in Bull. de société de biologie, 6 février 1897.

— De la sialorrhée, in Gazette des hôpitaux, 1897.

Lados. — Rapport sur le ptyalisme curatif, in Annales de la société de médecine de Gand, 1842, p. 149.

Landouzy. — Pneumococcie,in Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert et Thoinot, fascicule 10.

Lau[illegible]. — Etude et interprétation de quelques phénomènes critiques morbides. Thèse de Paris, 1903.

Lemierre (A.), *Abrahmi* (P.) et *Joltrain* (E.). — Pneumococcémie avec localisation pulmonaire tardive. Origine sanguine de la pneumonie franche aiguë.

Lemierre (A.) et *Abrahmi* (P.). — L'ictère pneumococcique, Presse médicale, 2 février 1910.

Letulle. — Article Salive,in Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie.

Lévy (F.). — Séméiologie des stomatites. Gazette des hôpitaux, 1904, p. 629.

Malloizel. — Etude sur la sécrétion salivaire réflexe. Thèse de la Faculté des sciences, 1905.

Mazataud. — De la sialorrhée dans les tabes. Thèse de Paris 1898.

Ménétrier.— Article Rage, in Traité de médecine de Brouardel et Gilbert.

Monteil. — Contribution à l'étude du liquide parotidien. Thèse de Paris, 1906.

Montier. — De la sialorrhée urémique. Thèse de Paris. 1898.

Morat et *Doyon.* — Traité de physiologie, t. IV, année 1900.

Muynck (J. de). — Lettre sur le ptyalisme curatif, in Annales de la société de médecine de Gand, 1842, p. 121 et Bulletin de la société de médecine de Gand, 1842.

Otto (de Copenhague).— Wochenschrift fur die gesammte Heilkunde, avril 1835.

Paisseau. — Sur l'élimination et la rétention de l'urée dans l'organisme morbide. Thèse de Paris. 1906.

Pouchet. — Recherche des substances médicamenteuses et toxiques dans la salive. Comptes rendus de l'Académie des sciences, juillet 1879.

Renon. — De la sialorrhée intermittente au cours de l'urémie lente. Bull. de la société méd. des hôp., 27 mai 1898.

Ribemont-Dessaignes et *Lepage.* — Ptyalisme, in Précis d'obstétrique.

Robin (A,). — Etude sur le jaborandi, in Journal de thérapeutique, 10 déc. et 25 déc. 1874.

Robin (Ch.). — Leçons sur les humeurs normales et morbides du corps de l'homme, 2e édition, 1874.

Roger. — Le réflexe gastro-salivaire, in Presse médicale, 13 juin 1906.

Frank (J.-P.). — Ptyalisme.in Traité de médecine pratique, t. I, 1842.

Gauthier (A.). — Leçons de chimie biologique, 1897.

Gérard. — Examen chimique de la salive dans un cas de sialorrhée chez un épileptique,in Bull. de société de biologie, 27 novembre 1897.

Gouraud (H.). — Des crises. Thèse d'agrégation. Paris, 1872.

Gubler. — Article Bouche,in Dictionnaire des sciences médicales.

Hamelin. — Article crises,in Dictionnaire des sciences médicales.

Hervieux. — Note sur un cas de sialorrhée pharyngienne, in Bull. de société médicale des hôpitaux, mai 1856 et Union médicale, 27 mai 1856.

Hirtz. — Article crises.in Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

Klippel et *Lefas*. — Crises hypersécrétoires dans le tic douloureux de la face, in Bull. de société de biologie, 20 février 1897.

— Des altérations des glandes salivaires dans la sialorrhée des tabétiques, in Bull. de société de biologie, 6 février 1897.

— De la sialorrhée, in Gazette des hôpitaux, 1897.

Lados. — Rapport sur le ptyalisme curatif, in Annales de la société de médecine de Gand, 1842, p. 149.

Landouzy. — Pneumococcie,in Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert et Thoinot, fascicule 10.

Lau[illegible]. — Etude et interprétation de quelques phénomènes critiques morbides. Thèse de Paris, 1903.

Lemierre (A.), *Abrahmi* (P.) et *Joltrain* (E.). — Pneumococcémie avec localisation pulmonaire tardive. Origine sanguine de la pneumonie franche aiguë.

Lemierre (A.) et *Abrahmi* (P.). — L'ictère pneumococcique, Presse médicale, 2 février 1910.

Letulle. — Article Salive,in Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie.

Lévy (F.). — Séméiologie des stomatites. Gazette des hôpitaux, 1904, p. 629.

Malloizel. — Etude sur la sécrétion salivaire réflexe. Thèse de la Faculté des sciences, 1905.

Mazataud. — De la sialorrhée dans les tabes. Thèse de Paris 1898.

Ménétrier.— Article Rage, in Traité de médecine de Brouardel et Gilbert.

Monteil. — Contribution à l'étude du liquide parotidien. Thèse de Paris, 1906.

Montier. — De la sialorrhée urémique. Thèse de Paris. 1898.

Morat et *Doyon*. — Traité de physiologie, t. IV, année 1900.

Muynck (J. de). — Lettre sur le ptyalisme curatif, in Annales de la société de médecine de Gand, 1842, p. 121 et Bulletin de la société de médecine de Gand, 1842.

Otto (de Copenhague).— Wochenschrift fur die gesammte Heilkunde, avril 1835.

Paisseau. — Sur l'élimination et la rétention de l'urée dans l'organisme morbide. Thèse de Paris, 1906.

Pouchet. — Recherche des substances médicamenteuses et toxiques dans la salive. Comptes rendus de l'Académie des sciences, juillet 1879.

Renon. — De la sialorrhée intermittente au cours de l'urémie lente. Bull. de la société méd. des hôp., 27 mai 1898.

Ribemont-Dessaignes et *Lepage*. — Ptyalisme, in Précis d'obstétrique.

Robin (A.). — Etude sur le jaborandi, in Journal de thérapeutique, 10 déc. et 25 déc. 1874.

Robin (Ch.). — Leçons sur les Humeurs normales et morbides du corps de l'homme, 2e édition, 1874.

Roger. — Le réflexe gastro-salivaire, in Presse médicale, 13 juin 1906.

Roger. — Le réflexe œsophago-salivaire, in Presse médicale, 16 décembre 1904.

— Le rôle du réflexe œsophago-salivaire dans la déglutition, in Presse médicale, 8 mars 1906.

— La sécrétion salivaire, in Revue générale des sciences pures et appliquées, 15 juillet 1907.

Rogue (G.). — Article ptyalisme, in Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique de Gilbert et Thoinot, fascicule 15.

Sallaud. Des oreillons, de leur nature et de leur soi-disant métastases. Thèse de Montpellier, 1868.

Sicard et *Dopter.* — Cytologie du liquide parotidien dans les oreillons, in Presse médicale, 12 avril 1905.

Simon et *Prautois.* — Des troubles de la sécrétion salivaire dans les oreillons, in Revue générale de clinique et thérapeutique, 1892, p. 226.

Tanquerelle des Planches. — Recherches cliniques sur la sialorrhée, in Journal de médecine, juin et juillet 1844.

Triboulet. — Sialorrhée post-grippale, in Bull. société méd. hôp., 1899.

Trousseau. — Variole, in Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. I, 9e édition

Viault et *Jolyet.* — Traité élémentaire de physiologie humaine, 5e édition.

Vulpian. — Leçons sur la salive, in l'Ecole de Médecine, 1875.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	7
Introduction	10
Chapitre I. — Salive normale et pathologique	13
Chapitre II. — Physiologie	17
Chapitre III. — Anatomie pathologique	21
Chapitre IV. — Pathogénie	24
Chapitre V. — De la sialorrhée en général	29
Chapitre VI. — Symptomatologie	33
Chapitre VII. — Diagnostic	40
Chapitre VIII. — La sialorrhée peut-elle être un phénomène critique? Discussion des observations.	46
Observations	65
Conclusions	83
Bibliographie	85

Imp. de la Faculté de médecine Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris.

55

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE